

PROJETO INCLUIR + - ESTIMULAÇÃO SALA DE SNOEZELLEN E SALA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS	
Processo N.º:	<input style="width: 85%;" type="text"/>
Data de entrega do processo de candidatura:	<input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>
Recebido por:	<input style="width: 85%;" type="text"/>

1. IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE	
Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Data de Nascimento <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Morada <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Localidade <input style="width: 45%;" type="text"/>	Freguesia <input style="width: 45%;" type="text"/>
Código Postal <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>	Município <input style="width: 70%;" type="text"/>
Contacto telefónico <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Email <input style="width: 100%;" type="text"/>	

2. IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A			
Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Data de Nascimento <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>	N.º de Identificação Fiscal <input style="width: 70%;" type="text"/>		
Documento de Identificação Tipo <input style="width: 20%;" type="text"/>	Número <input style="width: 20%;" type="text"/>	Emissor <input style="width: 20%;" type="text"/>	Válido até <input style="width: 10%;" type="text"/> / <input style="width: 10%;" type="text"/> / <input style="width: 10%;" type="text"/>
Morada <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Localidade <input style="width: 45%;" type="text"/>		Freguesia <input style="width: 45%;" type="text"/>	
Código postal <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>		Município <input style="width: 70%;" type="text"/>	
Telefone <input style="width: 20%;" type="text"/>	Telemóvel <input style="width: 20%;" type="text"/>	Email <input style="width: 60%;" type="text"/>	
Pessoa com deficiência ou incapacidade e/ou problemas sensoriais ou do foro neurológico Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nome do representante legal (no caso do/a candidato/a ser menor/incapaz) <input style="width: 100%;" type="text"/>			

3. SITUAÇÃO
<input type="checkbox"/> Criança/jovem a frequentar a rede escolar e solidária do Município Onde?
<input type="checkbox"/> Criança acompanhada pela Equipa Local de Intervenção (ELI) de Albergaria-a-Velha
<input type="checkbox"/> Utente da APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Albergaria-a-Velha
<input type="checkbox"/> Idoso integrado em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do Município Qual?
<input type="checkbox"/> Criança / adulto / idoso que não se enquadre nas situações referidas anteriormente. Sumário da situação:
<input type="text"/>

4. PEDIDO A QUE SE CANDIDATA
SALA DE SNOEZELEN <input type="checkbox"/>
SALA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL <input type="checkbox"/>
Preferência, não vinculativa, de dia da semana, horário e /ou período do dia*
<input type="text"/>

* Sujeito à disponibilidade das Salas e à adequação de outras candidaturas.

5. DOCUMENTAÇÃO ANEXA
1. <input type="checkbox"/> Relatório médico especializado
2. <input type="checkbox"/> Seguro individual de acidentes pessoais e número da apólice – a apresentar no ato da primeira utilização da Sala de Snoezelen e / ou da Sala de Integração Sensorial
3. <input type="checkbox"/> Declaração de honra - Acompanhante
<input type="checkbox"/> Solicito que seja considerada a documentação constante do Processo do Utente e que se encontra válida, pelo que não entrego o(s) documento(s) número(s) <input type="text"/>

6. AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL, NO CASO DO/A CANDIDATO/A SER MENOR/INCAPAZ
Para efeitos de candidatura, fica por mim autorizado a frequentar a Sala de Snoezelen e a Sala de Integração Sensorial, nas instalações da Rua Dr. Joaquim A. Miranda, em Albergaria-a-Velha.

7. DECLARAÇÃO
Declaro que não omito ou altera qualquer informação e que a candidatura reúne todos os requisitos necessários à sua admissão, dos quais tomei conhecimento.

8. ASSINATURA
Albergaria-a-Velha, <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/>
Assinatura
<input type="text"/>

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

7. CONFORMIDADE	
<input type="checkbox"/> Processo conforme <input type="checkbox"/> Processo não conforme	
DATA <input type="text"/>	A ASSISTENTE TÉCNICA:

8. ADMISSÃO PELOS SERVIÇOS DO MUNICÍPIO	
ACEITE <input type="checkbox"/> NÃO ACEITE <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DE NÃO ADMISSÃO:	
DATA <input type="text"/>	A TÉCNICA: