

CANDIDATURA PARA FREQUENTAR O CENTRO
DE DIA – FORMULÁRIO C3

Preencha os dados solicitados para efetuar a candidatura para frequentar o Centro de Dia do CIVAS. De seguida guarde o documento e submeta-o no formulário do website. Lembramos que as informações são confidenciais e sua identidade está protegida de acordo com a política de privacidade do CIVAS. Se tiver dúvidas no preenchimento ou necessitar de apoio adicional, envie um email para liliana.pereira@civas.pt.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome

Nome pelo qual gosta de ser tratado

Data de Nascimento

Morada

Código-Postal Localidade

Telefone E-mail

Nº Cartão de Cidadão Nº Identificação Fiscal

Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Casado(a) ☐ União de Fato ☐ Viúvo(a)

SITUAÇÃO ATUAL DO(A) CANDIDATO(A)

Indique o Grau de Dependência (selecione uma opção):

- ☐ Autónimo, não necessita de apoio
- ☐ Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana
- ☐ Necessita de apoio na higiene pessoal, atividades diárias e mobilidade
- ☐ Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas

Necessita ajudas técnicas?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, indique quais:

- ☐ Necessita de apoio para mobilidade (andador, bengala, canadianas ou cadeiras de rodas)
- ☐ Necessita de apoio na alimentação (tem dieta específica)
- ☐ Necessita de apoio em saúde mental (sofre de algum tipo de doença psiquiátrica)
- ☐ Sofre de algum tipo de doença neurológica (Alzheimer, doenças vasculares, ...)

É portador de algum tipo de deficiência?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, indique quais:

☐ Mental ☐ Visual ☐ Motora ☐ Auditiva

Qual o motivo para a solicitação de resposta social?

- ☐ Risco de isolamento social
- ☐ Vulnerabilidade socioeconómica e pobreza
- ☐ Insuficiente rede de suporte familiar e social
- ☐ Dependência para as necessidades básicas

☐ Outros motivos:

DADOS DO REPRESENTANTE (SE APLICÁVEL)

Grau de Parentesco ou Relação

Nome

Morada

Código-Postal

Localidade

Telefone

E-mail

Nº Cartão de Cidadão

Nº Identificação Fiscal

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Ao submeter a presente candidatura, declara que leu e concorda com a Política de Privacidade do CIVAS <https://civas.pt/politica-de-privacidade/>

☐ Sim, li e aceito a Política de Privacidade

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Declaramos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas, que não existe omissão de informação relevante e que nos comprometemos a informar o CIVAS – Centro para a Infância e Velhice da Senhora da Hora, de imediato, de qualquer alteração sobre as informações agora prestadas.

Data Nome/ Assinatura

NOTA INFORMATIVA

A candidatura só será validada após enviar para o e-mail de contacto mencionado neste formulário, e de forma devidamente identificada, uma *Declaração Médica* comprovativa do estado de saúde, patologias diagnosticadas, situação vacinal, alérgica, grupo sanguíneo e medicação.