

A preencher pelos serviços

N.º de utente: \_\_\_\_\_

Nome da Classe: \_\_\_\_\_

**Séniiores a Mexer**

## Formulário de inscrição

### Identificação do utente

Nome: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tlm: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Doc. de identificação<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ n.º ident.: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

N.º de utente SNS: \_\_\_\_\_ Reformado e/ou portador de deficiência: Não  Sim

### Questões Médicas (as informações aqui prestadas são pessoais e confidenciais.)

Centro de saúde: \_\_\_\_\_

Médico de família: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Alguém da sua família (direta) faleceu com menos de 55 anos (no caso do sexo masculino) ou com menos de 65 anos (no caso do sexo feminino) por doença cardiovascular? Não  Sim

É fumador? Não  Sim

Operações a que foi sujeito:

\_\_\_\_\_

Limitações:

\_\_\_\_\_

### Contactos em caso de urgência

Nome: \_\_\_\_\_ N.º telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ N.º telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ N.º telefone: \_\_\_\_\_

1 Indicar o tipo de documento de identificação (p. ex.: cartão de cidadão, bilhete de identidade, cédula de nascimento, passaporte.)

**Informação sobre proteção de dados pessoais (aplicável apenas a pessoas singulares)**

Os dados pessoais recolhidos neste pedido são única e exclusivamente para dar cumprimento ao disposto no Artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA) e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado, sendo que o tratamento dos referidos dados por parte do Município de Reguengos de Monsaraz respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais.

**Responsável pelo tratamento** - Município de Reguengos de Monsaraz

**Finalidade do tratamento** - Cumprimento de uma obrigação legal (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público

**Destinatário(s) dos dados** - Serviço municipal com competência para apreciar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor

**Conservação dos dados pessoais** - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido

- Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado.
- Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o n.º de telemóvel indicado.

**Declaração**

- Declaro que não existem quaisquer contraindicações para a prática da atividade física e desportiva que pretende desenvolver (n.º 2 do artigo 40.º, da Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro, que aprovou a Lei de Bases de Atividade Física e do Desporto).
- Autorizo a captação de imagens das atividades realizadas em que participo para usos internos no município.
- Autorizo a captação de imagens das atividades realizadas em que participo para publicação nas redes sociais do município, ou outros meios de divulgação/exposição pública.

Data \_\_\_\_\_

O utente

O técnico

O técnico