FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

Registo de Entrada (a preencher pelos Serviços)

Candidatura Nº _____ Data de entrega ___ /___ /_____

Identificação do/a candidato/a:

Nome	
Morada	
Naturalidade	
Nacionalidade	
Data de nascimento	
Contacto telefónico	
	BI/Cartão de cidadão _____ **Validade** ___ /___ /_____
NISS	
NIF	
Email	
☐	Autorizo a notificação para o endereço eletrónico indicado, designadamente para efeitos de decisão da candidatura, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 13.º do Regulamento para a Atribuição Excecional de Incentivos à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde de Torres Novas.

Identificação do tipo de apoio e benefícios:

Solicito, nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento para a Atribuição Excecional de Incentivos à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde de Torres Novas, o seguinte apoio:

☐	Comparticipação nas despesas de arrendamento habitacional
☐	Comparticipação nas despesas de aquisição de habitação
☐	Comparticipação nas despesas de deslocação em transporte do local de habitação para a Unidade de Saúde
☐	Devolução do Imposto Municipal sobre Imóveis (IMI) no caso de imóvel destinado a habitação própria e permanente coincidente com o domicílio fiscal do proprietário, em função do número de dependentes que compõem o agregado familiar: com um dependente a cargo, 10%; com dois, 15%; com três ou mais, 20%
☐	Redução das taxas municipais de urbanismo (construção ou remodelação de habitação própria) em função do número de dependentes que compõem o agregado familiar: com um dependente a cargo, 10%; com dois, 15%; com três ou mais, 20%

Observações	

Declaração de consentimento

Declaro ao abrigo no disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados, dar o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para recolha dos meus dados pessoais por parte do Município de Torres Novas, estritamente para os fins a que se destina este formulário, devendo os mesmos ser conservados apenas pelo prazo estritamente necessário à prossecução dos respetivos fins, incluindo o tratamento informático. Enquanto titular dos dados pessoais agora facultados, poderei a qualquer momento retirar o consentimento sem comprometer a ilicitude do tratamento efetuado com base neste consentimento, autorizando desde já que o mesmo seja atualizado a qualquer momento.

Data ___ /___ /_____ O/A Candidato/a _____

Documentação obrigatória para instrução da candidatura

☐	Formulário de Candidatura devidamente preenchido e assinado pelo/a candidato/a
☐	Declaração, sob compromisso de honra, da veracidade dos elementos constantes da candidatura, devidamente assinada pelo/a candidato/a
☐	Documentos de Identificação do/a candidato/a
☐	Elementos relativos à conta bancária do/a candidato/a (IBAN), no caso de admissão
☐	Fotocópia do último recibo de renda, declaração de crédito bancário ou comprovativo das despesas relacionadas com deslocações
☐	Comprovativo da Composição do Agregado Familiar, emitido pela Autoridade Tributária
☐	Fotocópia do contrato de trabalho ou declaração emitida pelo ACES Médio Tejo a comprovar o vinculo e as respetivas condições de trabalho

Declaração sob compromisso de honra e assinatura do/a candidato/a:

Declaro sob compromisso de honra, a veracidade das informações prestadas neste formulário de candidatura. Mais declaro que, de acordo com o Regulamento para a Atribuição Excecional de Incentivos à Fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde de Torres Novas, caso preste falsas declarações o requerimento pode ser indeferido liminarmente. Se me for atribuído algum apoio indevidamente, por falsas declarações, tenho conhecimento que fico obrigado a restituir os apoios e impedido de aceder a apoios futuros.

Local e data _____ , ___ /___ /_____

Assinatura do/a Candidato/a: _____