



SEGURANÇA SOCIAL

SUBSÍDIO DE PROTEÇÃO NA:

- Doença
 Parentalidade

COMUNICAÇÃO DE REGRESSO ANTECIPADO AO TRABALHO

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

Nome completo _____

Data de nascimento _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____
ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal _____

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade/outro) N.º _____ até _____
ano mês dia

Telemóvel/Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

2 MOTIVO DO PEDIDO

Na situação de Impedimento Temporário para o Trabalho desde _____ informa que retoma / retomou o exercício
ano mês dia

da atividade profissional em _____, pelo que o Subsídio deverá cessar a partir dessa data.
ano mês dia

3 CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de que devo comunicar ao serviço de Segurança Social qualquer alteração da informação prestada, no prazo de **5 dias úteis** a partir da data da sua verificação.

_____ ano mês dia
Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados. Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do: beneficiário ou rogado está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro _____

Número _____ Validade _____ ano mês dia
Assinatura e carimbo da Segurança Social

As falsas declarações são punidas nos termos da lei