



SEGURANÇA SOCIAL

PRESTAÇÕES DE DESEMPREGO

Declaração de alterações

1 IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo		
N.º de Identificação de Segurança Social		N.º de Identificação Fiscal

2 MOTIVO QUE DETERMINA O PEDIDO

Indique o(s) motivo(s) de suspensão ou cessação da prestação de desemprego	Data (ano / mês / dia)
<input type="checkbox"/> Início de trabalho por conta de outrem desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Início de atividade independente desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Prática de ato isolado no período de	____ ____ ____ a ____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Frequência em curso de formação profissional, no valor de _____ euros, desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Detenção em Estabelecimento Prisional ou outra medida privativa de liberdade desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Ausência do Território Nacional desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Ausência do Território Nacional para procurar emprego, ao abrigo do artigo 64º do Regulamento (CE) n.º 883/2004, com o documento portátil U2, desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Passagem à situação de reforma ou aposentação em	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Alteração do rendimento relevante da atividade independente ou da remuneração do trabalho a tempo parcial, para valor igual ou superior ao do Subsídio de Desemprego, desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Alteração dos rendimentos mensais per capita do agregado familiar para montante superior a 80% do valor do IAS, tratando-se de Subsídio Social de Desemprego desde	____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Outra situação: _____	

3 CERTIFICAÇÃO

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

____ | ____ | ____
ano mês dia

(Assinatura do declarante 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: **declarante** 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