



SEGURANÇA SOCIAL

PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL

DECLARAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA ⁽¹⁾

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>	Data de nascimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			ano	mês	dia
Nome completo	<input type="text"/>				

2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHADOR

Nome da entidade empregadora	<input type="text"/>														
Número de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>														
Morada	<input type="text"/>														
Código postal	<input type="text"/>	Pais	<input type="text"/>												
Profissão/atividade exercida	<input type="text"/>														
Período de trabalho de	<input type="text"/>	ano	<input type="text"/>	mês	<input type="text"/>	dia	a	<input type="text"/>	ano	<input type="text"/>	mês	<input type="text"/>	dia	Tarefas executadas	<input type="text"/>
Designação do posto de trabalho ocupado	<input type="text"/>														
Sujeito a riscos de	<input type="text"/>														
Produtos com que trabalhou	<input type="text"/>														

Nome da entidade empregadora	<input type="text"/>														
Número de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>														
Morada	<input type="text"/>														
Código postal	<input type="text"/>	Pais	<input type="text"/>												
Profissão/atividade exercida	<input type="text"/>														
Período de trabalho de	<input type="text"/>	ano	<input type="text"/>	mês	<input type="text"/>	dia	a	<input type="text"/>	ano	<input type="text"/>	mês	<input type="text"/>	dia	Tarefas executadas	<input type="text"/>
Designação do posto de trabalho ocupado	<input type="text"/>														
Sujeito a riscos de	<input type="text"/>														
Produtos com que trabalhou	<input type="text"/>														

Nome da entidade empregadora	<input type="text"/>														
Número de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>														
Morada	<input type="text"/>														
Código postal	<input type="text"/>	Pais	<input type="text"/>												
Profissão/atividade exercida	<input type="text"/>														
Período de trabalho de	<input type="text"/>	ano	<input type="text"/>	mês	<input type="text"/>	dia	a	<input type="text"/>	ano	<input type="text"/>	mês	<input type="text"/>	dia	Tarefas executadas	<input type="text"/>
Designação do posto de trabalho ocupado	<input type="text"/>														
Sujeito a riscos de	<input type="text"/>														
Produtos com que trabalhou	<input type="text"/>														

(1) A utilizar nas situações de exercício de atividade profissional em Portugal ou no estrangeiro

(continua na pág. seguinte)

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

2**IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA / SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHADOR (continuação)**

Nome da entidade empregadora _____

Número de Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

Código postal _____ País _____

Profissão/atividade exercida _____

Período de trabalho de _____ a _____ Tarefas executadas _____
ano mês dia ano mês dia

Designação do posto de trabalho ocupado _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

Nome da entidade empregadora _____

Número de Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

Código postal _____ País _____

Profissão/atividade exercida _____

Período de trabalho de _____ a _____ Tarefas executadas _____
ano mês dia ano mês dia

Designação do posto de trabalho ocupado _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

Nome da entidade empregadora _____

Número de Identificação de Segurança Social _____

Morada _____

Código postal _____ País _____

Profissão/atividade exercida _____

Período de trabalho de _____ a _____ Tarefas executadas _____
ano mês dia ano mês dia

Designação do posto de trabalho ocupado _____

Sujeito a riscos de _____

Produtos com que trabalhou _____

3**CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

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

_____ ano mês dia _____
(Assinatura do beneficiário ou do requerente, 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