

SEGURANÇA SOCIAL

EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DE AMA

AUTORIZAÇÃO N.º 0 1 | 2 0 2 2 **ISS, I.P. CENTRO DISTRITAL VISEU** ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

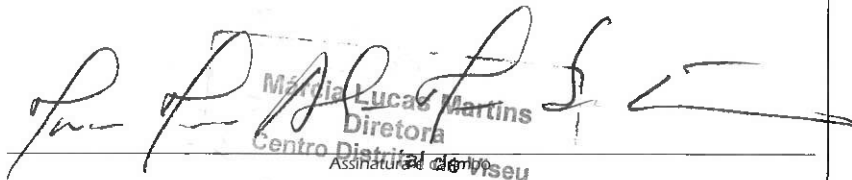
1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo	C Â N D I D A M A R I S A S I M ã O M A R T I N S				
N.º de Identificação de Segurança Social	1 1 1 5 4 1 4 8 2 7 2	N.º de Identificação Fiscal	2 4 7 5 7 2 3 9 0		
Morada	R U A D A S F O N T A I N H A S 1 C A M P O				
Código postal	3 5 1 5 - 8 4 4 V I S E U				
Localidade	V I S E U				
Distrito	VISEU	Concelho	VISEU	Freguesia	CAMPO
Telemóvel / Telefone	9 6 3 0 0 2 1 2 6	E-mail	5sentidosama@gmail.com		

2 EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO

A pessoa identificada no **quadro 1** fica autorizada ao exercício da atividade de ama para cuidar de 0 4 crianças, por reunir as condições legalmente estabelecidas.

2 0 2 2 | 0 4 | 1 9
ano mês dia


Maria Lucas Martins
Diretora
Centro Distrital de Viseu
Assinatura de campo

(1) Emitida ao abrigo do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 115/2015, de 22 de junho.

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

As falsas declarações são punidas nos termos da lei