



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO ⁽¹⁾

Contratação de Trabalhador com Deficiência

1 IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR CONTRATADO

Nome completo _____

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

N.º de Identificação Fiscal _____

Documento de identificação _____ N.º _____ de _____ ano _____ mês _____ dia
(Cartão de Cidadão, B.I., etc.)

Telemóvel/Telefone _____ E-mail _____

2 ELEMENTOS CONSTANTES DO CONTRATO DE TRABALHO

A termo de _____ ano _____ mês _____ dia a _____ ano _____ mês _____ dia Sem termo

Data de celebração do contrato _____ ano _____ mês _____ dia Data de início da prestação de trabalho _____ ano _____ mês _____ dia

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

Nome _____

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Telemóvel/Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

4 CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

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

_____ ano _____ mês _____ dia _____
(Carimbo da entidade empregadora e assinatura do seu representante legal)

5 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Cópia do contrato de trabalho
Atestado médico de incapacidade multiusos, comprovativo de situação de deficiência e respetivo grau

6 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

Este requerimento, bem como os documentos que o acompanham, deve ser entregue, no **prazo de 10 dias**, a contar da data de início de contrato, em qualquer Serviço de Atendimento da Segurança Social.

⁽¹⁾ Para aplicação dos artigos n.º 108.º e 109.º do Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social

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

Confirmo que a assinatura da pessoa identificada no **quadro 3** 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

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 site em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei