



SEGURANÇA SOCIAL

EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DE AMA

AUTORIZAÇÃO N.º 0 1 | 2 0 2 4 | Centro Distrital de Faro ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo	M A R I A I S A B E L N E T O F E R N A N D E S B O R R A L H O				
N.º de Identificação de Segurança Social	1 1 2 0 3 6 6 8 3 2 9	N.º de Identificação Fiscal	2 2 0 1 2 4 5 4 0		
Morada	A r e i a s d e P o r c h e s , 2 6 0 H				
Código postal	8 4 0 0 - 4 5 2	A R E I A S D E P O R C H E S			
Localidade	P o r c h e s				
Distrito	Faro	Concelho	Lagoa	Freguesia	Porches
Telemóvel / Telefone	9 1 8 9 4 2 1 3 3	E-mail	isabel.borralho@hotmail.com		

2 EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO

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

2 0 2 4 | 0 3 | 0 8
ano mês dia

Margarida Flores
Diretora de Segurança Social
Centro Distrital de Faro
Assinatura e carimbo

(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