

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E APTIDÃO

(Para efeitos de reconhecimento da qualidade de Cuidador Informal, nos termos do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M, de 17 de julho)

Eu, _____,
portador do documento de identificação n.º _____, com data de validade _____,
e Número de Identificação de Segurança Social (NISS) _____, declaro para os devidos efeitos,
que sou pessoa idônea, nos termos do Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M, de 17 de julho, na sua atual
redação, sem antecedentes criminais e/ou qualquer tipo de impedimento legal ou de outra natureza, para
desempenhar as funções decorrentes do reconhecimento de Cuidador Informal, e que não sou remunerado para
o exercício desta atividade.

O(A) Declarante

_____/_____/_____
(Ano / mês / dia)

(Assinatura conforme documento de identificação válido)

- Tomo conhecimento que os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da 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 e que os referidos comprometem-se a proteger os meus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações de acordo com a Política de Proteção de Dados do ISSM, IP-RAM, acessível no Portal da Segurança Social em www.seg-social.pt, Página do ISSM, IP-RAM.*

As falsas declarações são punidas nos termos da lei.