

Dados do requerente

1

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

 - -

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Dados da atividade profissional

2

Nome da entidade empregadora

Ramo de atividade

Profissão/atividade

Tarefas desempenhadas

Riscos a que se encontra sujeito e/ou produtos com os quais trabalha

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

Fax

E-mail

Data de fim da atividade que provocou a doença profissional:

 - -

ano mês dia

Declarações

3

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Comprometo-me a:

- ▶ Não continuar nem voltar a trabalhar em atividades sujeitas ao risco de doença profissional de que sou pensionista.
- ▶ Comunicar à Segurança Social no prazo de 10 dias úteis as alterações às informações que prestei.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

 - -

ano mês dia

Assinatura

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços 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, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os 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 a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmando que a assinatura do/a ☐ **Requerente** ☐ **Pessoa que assinou a rogo** 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