

Formulário de candidatura ao Apoio à Esterilização de Animais de Companhia (cães e gatos) do Município de Oliveira do Hospital

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal,

1 - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO		
Nome/Designação:		
N.º B.I./C.C.:	Data de validade: / /	NIF/NIPC:
Morada/sede:		
Localidade:	Código Postal: -	
Freguesia:	Telefone / Telemóvel:	
Correio Eletrónico:		

Pedido:
Vem apresentar candidatura ao Apoio à Esterilização de Animais de Companhia (cães e gatos) do Município de Oliveira do Hospital, apresentando a respetiva candidatura e fornecendo cópia dos seguintes documentos:
<input type="checkbox"/> Comprovativo de residência do detentor do animal no município de Oliveira do Hospital (Ex: fatura de água/eletricidade)
<input type="checkbox"/> Comprovativo da identificação eletrónica e registo atualizado no sistema de informação de animais de companhia (SIAC) com data anterior à da cirurgia
<input type="checkbox"/> Cópia do boletim sanitário com informação relativa à espécie, sexo e peso do animal. No caso de canídeos terão de ter a vacina antirrábica válida com data anterior à da cirurgia
<input type="checkbox"/> Comprovativo de registo e licença na Junta de freguesia da área de residência (obrigatório apenas no caso de cães)
<input type="checkbox"/> Declaração do SIAC emitida pelo Médico Veterinário responsável pela esterilização com a data e tipo de esterilização selecionado "comparticipado pelo Município de Oliveira do Hospital"
<input type="checkbox"/> Fatura e recibo do procedimento realizado
<input type="checkbox"/> Comprovativo do IBAN do candidato

Identificação dos animais que irão beneficiar do apoio (dois animais por pessoa/agregado familiar)				
Espécie	Raça	Nome	Sexo	N.º de identificação

<input type="checkbox"/> Declaro que tomei conhecimento das Normas de Funcionamento e Atribuição de Apoio à Esterilização de Animais de Companhia do Município de Oliveira do Hospital e que as informações prestadas são verdadeiras.
<input type="checkbox"/> Declaro que tomei conhecimento que os dados pessoais recolhidos se destinam à verificação dos dados fornecidos e atribuição do apoio, podendo nesse âmbito ser consultado o sistema de informação de animais de companhia (SIAC) e o centro de atendimento médico-veterinário (CAMV) que executou o procedimento cirúrgico, sendo os respetivos dados pessoais tratados unicamente para esse fim, e findo o processo serão os mesmos devidamente eliminados e anonimizados, em cumprimento do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. Tomei ainda conhecimento de que posso exercer os direitos de informação, acesso, retificação, apagamento, limitação de tratamento, portabilidade e oposição através do email rgpd@cm-oliveiradohospital.pt e que a Política de Privacidade do Município se encontra disponível para consulta em https://www.cm-oliveiradohospital.pt/ e no Balcão Único.



<p>Pede deferimento, _____, ____ de ____ de ____</p>	<p>O candidato, Assinatura: _____</p>
--	---