

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	



DIVISÃO DE EDUCAÇÃO E JUVENTUDE
BOLETIM DE CANDIDATURA
BOLSAS DE ESTUDO

Ex.ma Senhora
 Presidente da Câmara Municipal de Cantanhede

Eu, _____ (nome do candidato), portador do cartão de cidadão n.º _____, válido até ____/____/____, venho, por este meio, solicitar a V.ª Ex.ª se digne a admitir a minha candidatura às Bolsas de Estudo para o ano de _____.

DOCUMENTOS DO PROCESSO	
Entregue:	Documento
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Boletim de Candidatura devidamente preenchido.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Atestado de residência emitido pela respetiva Junta de Freguesia onde conste o número de elementos que compõem o agregado familiar.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração do Estabelecimento de Ensino com indicação do aproveitamento escolar no ano letivo imediatamente anterior.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Certidão de Matrícula.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração emitida pelo Estabelecimento de Ensino relativa à existência, ou não, de Bolsas de Estudo, com indicação do respetivo montante.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Comprovativo do valor da propina.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração de IRS e respetiva Nota de Liquidação (Último Ano Fiscal).
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Recibos de Vencimento dos elementos do Agregado Familiar dos últimos três meses.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, Declaração da Segurança Social comprovativa da situação de desemprego.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, Declaração de Grau de Incapacidade e/ou documento que comprove a deficiência.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Extrato de Remunerações da Segurança Social ou documento equiparado, bem como comprovativo das pensões, caso se aplique, que abonem todos os elementos do Agregado Familiar.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração de escalão de abono da Segurança Social.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, comprovativo da Pensão de Alimentos ou do pedido de apoio judiciário para requerer pensão de alimentos.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Documento obtido na Autoridade Tributária e Aduaneira atestando a existência, ou não, de prédios inscritos em nome dos elementos do Agregado;
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, os 3 últimos recibo de renda.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, declaração de empréstimo de habitação própria e permanente com respetivo valor mensal.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração médica que comprove doença crónica.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Outros documentos apresentados pelo candidato: _____ _____

A preencher pelos serviços	
O processo está devidamente instruído:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Divisão de Educação e Juventude	Data: ____/____/____
O(a) Técnico(a) _____	

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

NOTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Fico notificado que, nos termos do artigo 119º do CPA a apresentação da candidatura com documentos em falta implica a exclusão automática do procedimento.

O Candidato, _____, em ____/____/____.

O representante do candidato, quando este não possa comparecer para a entrega dos documentos inerentes à candidatura:

Nome, _____, grau
parentesco com o candidato _____, cartão de cidadão nº _____, válido até
____/____/____.

Declaro que recebi cópia do presente documento,

Data: ____/____/____

O(a) Candidato(a)/ Representante Legal,

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

DADOS DO/A CANDIDATO/A												
Nome												
Data Nascimento	/	/		Cartão Cidadão				Validade	/	/		
Nacionalidade				NIF				NISS				
Beneficia de Abono de Família?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	Escalão			Tem Majoração?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Telemóvel				E-mail								
Morada												
Localidade				Freguesia				Código Postal	-			

SITUAÇÃO ESCOLAR DO/A CANDIDATO/A										
Habilitações Literárias										
ANO LETIVO ATUAL										
Estabelecimento Ensino										
Curso							Ano que frequenta			
Beneficia de Bolsa de Estudo da DGES ?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	A Bolsa de Estudo contempla o complemento de alojamento?		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Beneficia de outro tipo Bolsa de Estudo ?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	Entidade					
ANO LETIVO ANTERIOR										
Estabelecimento Ensino										
Curso							Ano que frequentou			
Beneficiou de Bolsa de Estudo da DGES ?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	A Bolsa de Estudo contemplou o complemento de alojamento?		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Beneficiou de Bolsa de Estudo do Município?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>						

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR				
N.º	Nome	Parentesco	Data Nascimento	Habilitações Literárias
2			/ /	
3			/ /	
4			/ /	
5			/ /	
6			/ /	
7			/ /	

DADOS COMPLEMENTARES DO AGREGADO FAMILIAR			
N.º	Cartão Cidadão	NIF	NISS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

IDENTIFICAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL DO AGREGADO FAMILIAR			
N.º	Profissão	Situação face ao emprego	Formação Profissional
2			
3			
4			
5			
6			
7			

OBSERVAÇÕES

RENDIMENTOS MENSAIS						
N.º	Trabalho	Pensão/Reforma	Prestações Familiares (Abono de Família)	R.S.I.	Subsídio Desemprego	Outros *
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

OBSERVAÇÕES	* Especificar (Bolsa de Estudo, Pensão de Alimentos, Rendimentos Prediais, etc.).

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

DESPEAS MENSAS		
Designação	Candidato	Agregado Familiar
Renda da casa/ Empréstimo habitação/Alojamento		
Água		
Eletricidade		
Gás		
Telefone/ Telemóvel		
Alimentação		
Transportes		
Saúde (despesas regulares com doença crónica comprovada por declaração médica)		
Saúde (outras despesas)		
Educação/ Material escolar		
Equipamentos sociais		
Propinas		
Outros		
TOTAL		

OBSERVAÇÕES

SAÚDE				
Médico de Família		ACES		
N.º utente		Extensão/Unidade de Saúde		
N.º	Possui alguma doença?		Se sim:	
			Descrita pelo próprio	Comprovado por declaração médica
1	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
2	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
3	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
4	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
6	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
7	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

OUTRAS SITUAÇÕES RELATIVAS AO AGREGADO FAMILIAR

Descreva, se necessário, alguma situação não contemplada nos parâmetros anteriores.

PROTEÇÃO DE DADOS

O tratamento dos dados constantes do presente formulário respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base seguintes condições:

- Titulares dos dados: São titulares dos dados pessoais as pessoas singulares cujos dados pessoais são tratados pelo Município, na prossecução das suas atribuições legais, seja por contactos, celebração de contratos, apresentação de requerimentos ou exercício de direitos e cumprimento de obrigações junto do Município.
 - Responsável pelo tratamento dos dados: Município de Cantanhede, Praça Marquês de Marialva, 3060-133 Cantanhede, e-mail: geral@cm-cantanhede.pt, telefone: 231 410 100 ou presencialmente no horário de atendimento do nosso balcão único de atendimento.
 - Encarregado de Proteção de Dados: Encarregado de Proteção de Dados do Município de Cantanhede, Praça Marquês de Marialva, 3060-133 Cantanhede, e-mail: dpo@cm-cantanhede.pt ou telefone: 231 410 100 ou presencialmente na morada indicada.
 - Finalidades do tratamento: Concessão de bolsa de estudo.
 - Licitude do tratamento: Exercício de autoridade pública.
 - Dados pessoais tratados: Os dados pessoais constantes do presente formulário.
 - Destinatários dos dados pessoais: Os destinatários dos dados pessoais são os serviços municipais com competência para a tramitação do processo/pedido.
 - Transmissão de dados pessoais: Os dados pessoais constantes do presente formulário não são transmitidos a terceiros.
 - Prazo de conservação dos dados pessoais: Os dados pessoais são conservados apenas durante o período necessário para a realização das finalidades para as quais são tratados. O Município cumprirá os prazos máximos de conservação legalmente estabelecidos sem prejuízo de os dados poderem ser conservados por períodos mais longos, desde que sejam tratados exclusivamente para fins de arquivo de interesse público, ou para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, devendo o Município aplicar as medidas técnicas e organizativas adequadas.
 - Direitos dos titulares dos dados: Direito de acesso (art.º15, do RGPD); Direito de retificação (art.º16, do RGPD); Direito de apagamento (art.º17, do RGPD); Direito à limitação do tratamento (art.º18, do RGPD); O direito a obter do responsável pelo tratamento informação sobre os destinatários dos dados (art.º19, do RGPD); Direito de portabilidade dos dados (art.º20, do RGPD); Direito de oposição (art.º21, do RGPD); Direito de retirar o consentimento, a qualquer momento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado; Direito a ter uma resposta do responsável pelo tratamento nos prazos legais; Direito ao conhecimento de uma violação de dados; Direito a apresentar reclamação perante a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) através do sítio www.cnpd.pt., ou por carta dirigida para a Av. D. Carlos I, 134, 1.º, 1200-651 Lisboa e os contactos de Tel. 213 928 400, Fax 213 976 832, e-mail geral@cnpd.pt ou de recorrer aos tribunais comuns.
 - Outras informações: A comunicação dos dados pessoais neste procedimento é necessária para o cumprimento de obrigações legais/regulamentares. Caso não forneça os dados o seu pedido ou pretensão não poderá ser tratado pelo Município. Não existem decisões automatizadas, nem a definição de perfis. Para além do cumprimento da obrigação legal de tratamento para arquivo, não haverá tratamento posterior dos dados pessoais para finalidades distintas das que presidiram à recolha. Qualquer violação de dados pessoais será levada a conhecimento do titular no prazo legal.
- Para mais informação sobre a Política de Privacidade do Município de Cantanhede consulte o site em www.cm-cantanhede.pt.

Declaro que tomei conhecimento e autorizo o tratamento dos meus dados pessoais, nos termos acima indicados.

Cantanhede, ____ de _____ de _____

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

DECLARAÇÕES

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações por mim prestadas no presente Boletim de Candidatura são completas e correspondem inteiramente à verdade.

Declaro também que tenho pleno conhecimento do Regulamento de atribuição de Bolsas de Estudo definido pela Câmara Municipal de Cantanhede.

Nos termos da Lei, a Câmara Municipal Cantanhede garante a confidencialidade dos dados recolhidos, que se destinam exclusivamente ao presente Concurso.

O preenchimento deste questionário é obrigatório e a prestação de falsas declarações ou omissão de informação implica:

- Perda imediata da Bolsa de Estudo
- Devolução das bolsas recebidas
- Procedimento Criminal.

Data: __/__/____

O Candidato,

O Representante Legal,