|  |
| --- |
| **INSCRIÇÃO NAS ATIVIDADES DA PISCINA COBERTA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Registo n.º: |  | Exmo(a). Senhor(a)Presidente da Câmara Municipal de Redondo |
| Processo n.º: |  |
| Registado em: |  |

|  |
| --- |
| **REQUERENTE** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome/Denominação:\* |  |
| Domicílio/Sede:\* |  | N.º: |  | Lote/Andar: |  |
| Código Postal: |  | Localidade:\* |  |
| NIF/NIPC:\* |  | Data de Nascimento:\* |  |
| Tipo de Documento de Identificação: |  |
| N.º: |  | Válido até: |  |
| Contacto Telefónico: |  |  |  |
| E-mail: |  |
| Qualidade de: |  |

 (Os campos assinalados com \* são de preenchimento obrigatório)

|  |
| --- |
| **REPRESENTANTE (Encarregado de Educação)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome/Denominação: |  |
| Domicílio/Sede: |  | N.º: |  | Lote/Andar: |  |
| Código Postal: |  | Localidade: |  |
| NIF/NIPC: |  |
| Tipo de Documento de Identificação: |  |
| N.º: |  | Válido até: |  |
| Contacto Telefónico: |  |  |  |
| E-mail: |  |
| Qualidade de: | [ ]  Representante Legal | [ ]  Gestor de Negócios | [ ]  Mandatário |
| [ ]  Outra: |  |

|  |
| --- |
| **NOTIFICAÇÕES** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Consinto** que as notificações/comunicações sejam feitas via:(aplicável a pessoas singulares) | [ ]  Telefone[ ]  E-mail |
| As notificações/comunicações feitas por **via postal** deverão ser enviadas preferencialmente para a seguinte morada: | [ ]  Requerente[ ]  Representante [ ]  Outra morada (por favor, indique): |
| Domicílio/Sede: |  | N.º: |  | Lote/Andar: |  |
| Código Postal: |  | Localidade: |  |

|  |
| --- |
| **PEDIDO** |

|  |
| --- |
| Vem requerer a inscrição nas atividades da Piscina Municipal Coberta |
|  |
| Já praticou natação, em caso afirmativo, onde e quantos anos: |  |
|  |
| ☐ Piscina Municipal Coberta – atividade pretendida: |
| [ ]  Natação bebés (6 meses até aos 3 anos) |
| [ ]  Natação |
| [ ]  Hidroginástica |
| [ ]  Recuperação |
|  |
| ☐ Nível pretendido: |
| [ ]  Adaptação |
| [ ]  Aprendizagem |
| [ ]  Aperfeiçoamento |
| [ ]  Avançado |
|  |
| Em caso de acidente contactar:  |  |
| Nome e parentesco: |  |
| Contacto: |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS**  |

|  |
| --- |
| **1.** Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.**2.** O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:* **Responsável pelo tratamento** - Município de Redondo;
* **Finalidade do tratamento** - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
* **Destinatário(s) dos dados** - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
* **Conservação dos dados pessoais** - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.

**3.** Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município consulte o nosso site em www.cm-redondo.pt ou envie um e-mail para geral@cm-redondo.pt.**4.** Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto). |

|  |
| --- |
| **OUTRAS DECLARAÇÕES** |

|  |
| --- |
| \* [ ]  O(A) subscritor(a), sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pede deferimento,Redondo, #$data\_atend$# |  | [ ]  Conferi a identificação do(a) Requerente/Representante através dos documentos de identificação exibidos. |
|  |
| [ ]  O(A) Requerente / [ ]  O(A) Representante | [ ]  Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido. |
|  |  |
| (Assinatura do(a) requerente ou de outrem a seu rogo, se o(a) mesmo(a) não souber ou não puder assinar) | O(A) Funcionário(a) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsável pela Direção do Procedimento:** |  |
| **Contacto Telefónico** |  | **E-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gestor(a) do Procedimento:** |  |
| **Contacto Telefónico**  |  | **E-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **FUNDAMENTAÇÃO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS A APRESENTAR**  |

|  |
| --- |
| [ ]  Representante - Documento(s) comprovativo(s) da qualidade de representante;[ ]  Atestado médico (obrigatório para aulas de recuperação); |
| [ ]  Outro(s): |  |