

Utente - Estagiário

☐ Inscrição

☐ Alteração de dados

O futuro da tua saúde é o nosso compromisso.

TITULAR

Utente - Estagiário(a) N.º. _____ [a preencher pelos serviços]

Nome completo [conforme documento oficial de identificação]

Residência / Domicílio Fiscal (morada completa)

Rua _____ N.º. _____ Andar _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

País _____ Nacionalidade _____

Telefone / Telemóvel _____ E-mail _____

Data Nascimento _____ - _____ - _____ Género ☐ Masculino ☐ Feminino Estado Civil _____
[AAAA/MM/DD] ☐ Outro

N.I.F. _____ N.I.S.S. (Número de Identificação de Segurança Social) _____

B.I. / C.C. / Passaporte / Doc.Id.Civil _____ Valido até _____

Habilitações literárias [opcional] _____

Estágio

Função _____

Data Início _____

Categoria _____

Data Fim _____

Instituição de Crédito _____

Local de estágio _____

UTENTE DE SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE

Utente SNS Sim ☐ Não ☐ N.º _____

Se estiver abrangido por outro Serviço de Saúde / Subsistema / Seguro, indique:

N.º _____ Descrição do Organismo _____ Titular Sim ☐ Não ☐

Documentos a apresentar (entre outros que o SBN ou o SAMS entendam solicitar)

- B.I. / C.C. / Doc.Id.Civil
- Autorização de Residência ou Passaporte
- Cartão do Serviço de Saúde / Subsistemas / Seguro [se aplicável]
- Cópia documento comprovativo de estágio

Declaro que tive conhecimento e aceito o Regulamento e as Normas Complementares do SAMS, disponíveis em www.sbn.pt.

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos pelo SBN e pelo SAMS através da prestação de serviços, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBN ou do SAMS.

Sem prejuízo do referido, o SBN ou o SAMS poderão facultar a terceiros dados pessoais de que sejam destinatários, na estrita medida em que tais dados sejam necessários, adequados e pertinentes para a prestação de serviços e respetiva faturação, assegurando-se a segurança da informação de acordo com o RGPD.

O SBN é responsável pelo tratamento dos dados constantes deste formulário, de acordo com a respetiva Política de Privacidade e assegurará aos seus titulares os direitos de acesso, retificação, eliminação, limitação, portabilidade e oposição, sempre que legitimamente lho solicitem, por escrito.

Fica convencionado, que as comunicações a que haja lugar por força da relação jurídica existente entre os SAMS e os seus Beneficiários / Utentes será efetuada quer por e-mail, quer por correio, para os endereços constantes do presente documento. Sendo o expediente remetido por correio e devolvido por o seu destinatário não ter procedido, no prazo legal, ao seu levantamento no estabelecimento postal ou por ter sido recusada a assinatura do aviso de receção ou por ter mudado de residência (sem ter informado os Serviços do SAMS, como legalmente lhe compete), considera-se para todos os devidos efeitos legais que a notificação se considera efetuada.

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição, readmissão ou atualização de dados relativos à qualidade de Beneficiário(a) ou Utente do SAMS.

O Utente - Estagiário

*Assinatura conforme documento de identificação
(se maiores de 18 anos)*

Data - -