

MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ

**Pedido de Transporte
(Plano de Vacinação COVID-19)**

Registo N.º:
Data:
Registado por:

IDENTIFICAÇÃO (por favor, preencher em letra maiúscula):

Nome Completo: _____

Morada completa: _____

Localidade: _____ N.º Utente SNS: _____

Contacto telefónico: _____ Contacto Telemóvel: _____

Contacto email: _____

NECESSIDADES ESPECIAIS (assinalar opção com um x):

Precisa de Acompanhante: Sim Não

Precisa de Transporte Especial – com acessibilidade para pessoas em cadeira de rodas: Sim Não

INFORMAÇÃO (por favor, preencher)

Dia da Vacinação: _____/_____/2021 Hora da Vacinação: _____ h _____ m

Local de Vacinação: Figueira da Foz Alhadas Lavos

Declaro, para os efeitos previstos no disposto no artigo 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU)2016/679 do P.E. e do Conselho de 27 de abril de 2016 (RGPD) prestar consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais acima indicados e dos constantes do presente processo, ao Município da Figueira da Foz.

Assinatura do/a requerente: _____ Data: _____/_____/2021

Recebido em _____/_____/2021

Funcionário Junta de
Freguesia: