Associação de Socorros Mútuos de Ponta Delgada
Inscrição do Associado Titular

Nº Associado: _____ Ata de ___/___/____

É necessário a apresentação do documento de identificação ou fotografia tipo BI a cores do titular, fotocópias do CC de todos os inscritos e comprovativo de morada.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/_____ **Naturalidade:** _____ **Estado Civil:** _____

Nº CC/BI _____ **NIF:** _____ **Nº Utente:** _____

Nº Beneficiário: _____ **Instituição:** _____

Morada: _____

Cod. Postal: _____-____ _____

Profissão: _____ **Local de Trabalho :** _____

Telemóvel: _____ **Telemóvel:** _____ **Telefone:** _____

E-mail: _____

AGREGADO FAMILIAR

de acordo com o nº 2 do Artg 3º do Regulamento de Benefícios da ASMPD *

Nome: _____ Parentesco_____ Data Nasc. _____/____/____

Beneficiário: _____ NIF: _____ BI/CC _____ Utente _____

Nome: _____ Parentesco_____ Data Nasc. _____/____/____

Beneficiário: _____ NIF: _____ BI/CC _____ Utente _____

Nome: _____ Parentesco_____ Data Nasc. _____/____/____

Beneficiário: _____ NIF: _____ BI/CC _____ Utente _____

Nome: _____ Parentesco_____ Data Nasc. _____/____/____

Beneficiário: _____ NIF: _____ BI/CC _____ Utente _____

Nome: _____ Parentesco_____ Data Nasc. _____/____/____

Beneficiário: _____ NIF: _____ BI/CC _____ Utente _____

Nome: _____ Parentesco_____ Data Nasc. _____/____/____

Beneficiário: _____ NIF: _____ BI/CC _____ Utente _____

Ao assinar declaro dar o meu consentimento para que a Associação de Socorros Mútuos de Ponta Delgada use os dados exclusivamente na execução dos seus fins estatutários nos termos do Regulamento Europeu (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu. (RGPD).

As exonerações de associado são efetuadas em documento disponível nos Serviços Administrativos sob pena do pagamento das quotas em atraso.

Data: _____/_____/_____ **Assinatura do Candidato:** _____

*** "nº 2 do Artigo 3º do Regulamento de Benefícios**

1. Gozam igualmente dos benefícios a que se reporta este regulamento os familiares dos associados.
2. São considerados associados familiares dos associados para o efeito do disposto no número anterior o cônjuge, os descendentes em linha reta até 25 anos, desde que solteiros e que não vivam em união de facto.
3. A inscrição dos familiares como beneficiários é feita a requerimento do associado."

O PRESIDENTE: _____ **O SECRETÁRIO:** _____

*(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS) Colaborador:*_____ *Data da inscrição* ____/____/____ *ASMPD.39.03*

ASMPD.39 | Aprovado | Rev. 3 | Última modificação: 10/04/2025 | Arquivo: