



S. R.
MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

N.º de identificação de candidatura _____

RESIDÊNCIA ASSISTIDA

CONCURSO N.º1/2021

Ficha de Candidatura

1. Tipologia(s) de apartamento a que se candidata e ordenação por preferência caso pretenda candidatar-se a mais do que uma fração:

Piso	Tipo	Área Útil	Tipologia(s) a que se candidata (assinalar x)	Ordenação por preferência de 1 a 8
1E	T0	55m2		__ ^a
2A	T1	66m2		__ ^a
2E	T0	55m2		__ ^a
3E	T0	55m2		__ ^a
4F	T2	88m2		__ ^a
5E	T0	55m2		__ ^a
RC/C	T0	32m2		__ ^a
RC/C	T2	78m2		__ ^a



S. R.

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS**

N.º de identificação de candidatura _____

2. Tipo de candidatura:

Candidata-se sozinho

Candidata-se com o cônjuge Nome: _____

Candidata-se com o filho(s) Nome: _____

3. Dados de Identificação do Beneficiário

N.º de beneficiário: _____ Beneficiário Titular

Beneficiário Familiar

Beneficiário Familiar

Nome Completo: _____

Estado civil: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Posto/categoria: _____ Ramo das Forças Armadas: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail¹: _____

Nome Completo: _____

Estado civil: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Posto/categoria: _____ Ramo das Forças Armadas: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail²: _____

¹ Indicar obrigatoriamente endereço de email de correio eletrónico para notificação.

² Indicar obrigatoriamente endereço de email de correio eletrónico para notificação.



S. R.

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS**

N.º de identificação de candidatura _____

Nome Completo: _____

Estado civil: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Posto/categoria: _____ Ramo das Forças Armadas: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail³: _____

4. Dados de identificação e contacto(s) da(s) pessoa(s) próxima(s) do beneficiário

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Profissão: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Profissão: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

5. Informações Complementares

³ Indicar obrigatoriamente endereço de email de correio eletrónico para notificação.



S. R.

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS**

N.º de identificação de candidatura _____

Nome: _____

Doenças que já afetaram o beneficiário: _____

Doenças que afetam o beneficiário: _____

Outros esclarecimentos que entenda ser conveniente transmitir: _____

Nome: _____

Doenças que já afetaram o beneficiário: _____

Doenças que afetam o beneficiário: _____

Outros esclarecimentos que entenda ser conveniente transmitir: _____

Nome: _____

Doenças que já afetaram o beneficiário: _____

Doenças que afetam o beneficiário: _____

Outros esclarecimentos que entenda ser conveniente transmitir: _____

6. Documentos a apresentar



S. R.

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS**

N.º de identificação de candidatura _____

Documentação relativa ao candidato e elementos do agregado familiar:

- Ficha de candidatura disponibilizada pelo IASFA (IMP01.FI.RA.01);
- Fotocópia do bilhete de identidade ou cartão do cidadão e número de identificação fiscal dos elementos constituintes da candidatura;
- Título de residência válido em território português e número de identificação fiscal, de todos os elementos do agregado, relativamente a cidadãos estrangeiros;
- Declaração de Imposto sobre Rendimentos da Pessoas Singulares (IRS) e a respetiva demonstração/nota de liquidação, ou declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os elementos do agregado familiar.



S. R.

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS**

N.º de identificação de candidatura _____

• **Consentimento informado**

Eu [Nome completo do(a) beneficiário(a)] _____, em __/__/__, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, e da Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, que serão tratados sob sigilo. O responsável pelo tratamento dos dados é o Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P., estando ciente de que posso aceder e retificar os meus dados mediante solicitação por escrito nesse sentido ao IASFA, I.P.

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, dou expressa autorização: (assinalar qual a opção):

Sim

Não

Eu (Nome completo – familiar ou representante legal) _____, em __/__/__, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, e da Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais que serão tratados sob sigilo. O responsável pelo tratamento dos dados é o Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P., estando ciente de que posso aceder e retificar os meus dados mediante solicitação por escrito nesse sentido ao IASFA, I.P.

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, dou expressa autorização: (assinalar qual a opção):

Sim

Não

Eu (Nome completo – familiar ou representante legal) _____, em __/__/__, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, e da Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais que serão tratados sob sigilo. O responsável pelo tratamento dos dados é o Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P., estando ciente de que posso aceder e retificar os meus dados mediante solicitação por escrito nesse sentido ao IASFA, I.P.

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, dou expressa autorização: (assinalar qual a opção):

Sim

Não