

Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM)

DECLARAÇÃO

Solicitação de inscrição na ADM - Beneficiários Associados

(Modelo a preencher pelos requerentes)

_____ (nome completo do/a requerente), com a identificação fiscal n.º_____, nos termos conjugados do artigo 5.º-B do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, na sua redação atual, e da Portaria n.º 482-A/2015, de 19 de junho, declaro que a partir da data da aprovação da presente declaração, solicito a inscrição como beneficiário/a associado/a no subsistema público de saúde ADM.

Mais declaro não possuir vínculo de emprego público, sendo que, também não sou beneficiário(a), nem nunca renunciei a qualquer outro subsistema público de saúde.

_____, __ de _____, de _____

(Ass. do/a beneficiário/a)