

g) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa KIT BEBÉ do Município de Fronteira, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignidade.

h) Fui ainda informado que tenho o direito de retirar o consentimento (terminando assim a adesão ao Programa KIT BEBÉ do Município de Fronteira) em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

DATA E ASSINATURA

Pede Deferimento
, Fronteira,
- -

Assinatura

ELEMENTOS QUE DEVEM ACOMPANHAR O PEDIDO

Assinalar no quadrado os elementos apresentados com o requerimento.

CC Requerente

Certidão Nascimento Criança ou Documento Comprovativo do Registo

Comprovativo Tutela

Outro _____

Prova Residência