



RECEBIDO

Data ___ / ___ / _____

Assinatura

FORMULÁRIO 4

APOIO À MODERNIZAÇÃO E AUTONOMIA ASSOCIATIVA

IDENTIFICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO

NOME DA ASSOCIAÇÃO _____

MORADA _____ CÓDIGO POSTAL _____

FREGUESIA _____ NIF _____

E-MAIL _____

ÁREA DE ATIVIDADE _____

DESIGNAÇÃO DO APOIO REQUERIDO

ANEXAR COMPROVATIVOS / ORÇAMENTOS _____

1. NÚMERO DE PRATICANTES/DESTINATÁRIOS DO EQUIPAMENTO A ADQUIRIR

Até 20 20 a 50 50 a 100 + 100

2. NÚMERO DE ATIVIDADES ABRANGIDAS PELO EQUIPAMENTO A ADQUIRIR

1 2 a 4 5 a 10 +10

3. A ASSOCIAÇÃO POSSUI EQUIPAMENTO?

Sim Não

Se sim:

Equipamento em número insuficiente para a atividade

Equipamento danificado ou obsoleto

Outro, especifique _____

4. ÂMBITO DAS ATIVIDADES A QUE SE DESTINA O EQUIPAMENTO

Local Regional Nacional

5. O EQUIPAMENTO DESTINA-SE A BENEFICIAR QUANTAS ENTIDADES

1 2 +2

Indicar entidades beneficiadas _____

VALOR DOS ORÇAMENTOS DO EQUIPAMENTO _____

Anexar orçamentos para a aquisição do equipamento e indicar regime de IVA aplicável

MONTANTE SOLICITADO AO MUNICÍPIO DE PENAMACOR _____ €

REPRESENTANTES DA ASSOCIAÇÃO E CARGOS

Os abaixo assinados declaram ser verdadeiras as informações constantes neste formulário

CARGO _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DATA ____ / ____ / _____

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), em vigor a partir do dia 25 de maio de 2018, necessitamos da sua permissão explícita para tratamento de dados pessoais: para processamento e armazenamento informático ou não informático, antes, durante e após a participação.

Os seus dados não serão transmitidos a outros, nem serão utilizados para fins diferentes daqueles para que nos deu o consentimento.

Informamos que pode, a qualquer altura, corrigir, modificar, restringir, anonimizar ou eliminar os seus dados pessoais, exercendo assim o seu direito de retirar o consentimento anteriormente concedido enviando um e-mail para: secretaria.gap@cm-penamacor.pt

AUTORIZO e tomei conhecimento que a utilização dos meus dados pessoais, apenas serão utilizados para os fins supra indicados.

NÃO AUTORIZO, a utilização dos meus dados, ficando consciente que não poderei efetuar o pedido de Apoio à Modernização e Autonomia Associativa.

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Candidatura N.º _____ Data ____ / ____ / _____

PARECER _____

Nome _____ Cargo _____

Assinatura _____