

**Plano de Apoio Financeiro para o Seguro Médico dos
Funcionários de Equipamentos Sociais Subsidiados
Formulário geral de dados do pessoal do equipamento social**

Designação da instituição ou associação : _____ Ano : _____

N.º	Nome do titular do bilhete de identidade		Idade	Sexo	Tipo e número do bilhete de identidade	Cargo	Data de entrada em funções (dia/mês/ano)	Data de saída de funções (dia/mês/ano)	Participação no plano de Seguro Médico (sim/não)
	Chinês	Língua estrangeira							
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									

Notas : **O equipamento social, antes de entregar o formulário geral de dados do pessoal ao IAS, deve comunicar aos titulares dos dados a transferência de dados nos termos da Lei n.º 8/2005 “Lei da Protecção de Dados Pessoais”.**

Os dados de todos os funcionários existentes no corrente ano (incluindo os exonerados neste ano) têm de constar do referido formulário para efeitos de verificação. Caso não se participe no plano, só devem ser preenchidos os espaços relativos ao nome, número do

bilhete de identidade e o que deve ser consignado com “não” na coluna “Participação no Plano de Seguro Médico”.

Assinatura do responsável e carimbo da instituição

Data: Dia Mês Ano