

**Plano de Apoio Financeiro para o Seguro Médico dos
Funcionários de Equipamentos Sociais Subsidiados
Formulário para a Desvinculação do Pessoal do Serviço**

1. Designação da instituição: _____
2. Telefone para contacto: _____ Fax: _____

Informa-se o Instituto de Acção Social (IAS) sobre a desvinculação do pessoal do serviço constante da lista seguinte, declarando-se que esta instituição irá de acordo com o prazo definido pela companhia de seguros e para os devidos efeitos de proceder à respectiva declaração.

Lista relativa à desvinculação do pessoal do serviço:

Nome	Idade	Sexo	N.º do bilhete de identidade	Cargo	Saída de funções (dia/mês/ano)

Assinatura do responsável e carimbo da instituição

Data: Dia Mês Ano

Nota: Agradece-se que a instituição envie o referido formulário por fax ou faça a sua entrega para a respectiva entidade de fiscalização do IAS.