

**Declaração da Instituição/Estabelecimento de Ensino Profissional****Dados do requerente**

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Dados da criança/jovem com deficiência

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

 - -

ano

mês

dia

Nome do estabelecimento de ensino

Ano Letivo

 / **Dados da deficiência e do apoio prescrito****3.1. Tipo de redução de capacidade** Física Motora Orgânica Sensorial Intelectual**3.2. Apoio necessário**

Apoio Individual por técnico especializado:

3.2.1. Psicomotricidade N.º de sessões () Periodicidade **3.2.2.** Terapia da fala N.º de sessões () Periodicidade **3.2.3.** Psicologia N.º de sessões () Periodicidade **3.2.4.** Outro N.º de sessões () Periodicidade **3.2.5.** Outro N.º de sessões () Periodicidade **3.2.6.** Outro N.º de sessões () Periodicidade Resumo da caracterização do apoio prescrito pelo médico (formulários [GF 61](#) ou [GF 62](#))¹:¹ Caso seja necessário detalhar a caracterização do apoio prescrito, utilize o [quadro 5](#) deste formulário.

Indique se junta a este formulário:

 [Declaração Médica - GF 61](#) [Declaração Médica da Necessidade e Tipo de Apoio - GF 62](#)

4

Certificação da Instituição/Estabelecimento de Ensino Profissional

Declaro que:

- ▶ O aluno frequenta o estabelecimento
- ▶ Os Serviços de Apoio ao estabelecimento **possuem** no ano letivo de / o apoio prescrito no [quadro 3](#), com a periodicidade e n.º de sessões indicada no campo:

3.2.1. <input type="checkbox"/> Psicomotricidade	3.2.2. <input type="checkbox"/> Terapia da fala	3.2.3. <input type="checkbox"/> Psicologia
3.2.4. <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	3.2.5. <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	3.2.6. <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

- ▶ Os Serviços de Apoio ao estabelecimento **não possuem** no ano letivo de / o apoio prescrito [quadro 3](#), com a periodicidade e n.º de sessões indicada no campo:

3.2.1. <input type="checkbox"/> Psicomotricidade	3.2.2. <input type="checkbox"/> Terapia da fala	3.2.3. <input type="checkbox"/> Psicologia
3.2.4. <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	3.2.5. <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	3.2.6. <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data

- -
ano mês dia

Assinatura do responsável do Serviço

5

Detalhe da caracterização do apoio prescrito

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em www.seg-social.pt