

MEDIDA DE APOIO FINANCEIRO COMPLEMENTAR AOS TRABALHADORES INDEPENDENTES E SÓCIOS-GERENTES*

Declaração de Autorização

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome completo

Data de Nascimento
ano mês dia

Número de Identificação de Segurança Social

Número de Identificação Fiscal

2- MODO DE PAGAMENTO

O pagamento do apoio financeiro complementar é efetuado através de transferência bancária. Para o efeito, deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN).

IBAN

3 - AUTORIZAÇÃO / CONSENTIMENTO

- Declaro que**, de forma livre, informada, específica e inequívoca, **autorizo a recolha e tratamento dos dados pessoais** pelo Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM (ISSM, IP-RAM), responsável pelo tratamento, bem como a partilha desses dados com o Instituto de Emprego da Madeira, IP-RAM (IEM, IP-RAM), com a finalidade de requerer um apoio financeiro complementar, excecional e temporário, aos trabalhadores independentes, em consequência do surto da COVID-19, previsto nos termos definidos no artigo 3.º da Portaria n.º 768/2020, de 27 de novembro, que procede à segunda alteração da Portaria n.º 133-B/2020, de 22 de abril, retificada pelas Declarações de Retificação n.ºs 21/2020 e 22/2020, ambas de 23 de abril, e alterada pela Portaria n.º 265/2020, de 5 de junho.

Os dados pessoais a serem tratados, são os seguintes: Número de Identificação de Segurança Social, Número de Identificação Fiscal, Nome do/a Beneficiário/a, Valor pago pela Segurança Social e Número de Identificação da Conta Bancária - IBAN.

4 - CERTIFICAÇÃO

As informações correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante

Local _____, Data _____

(Assinaturas do/a requerente / representante legal conforme documento de identificação)

5 - INFORMAÇÕES

Documentos a apresentar

Documento da instituição bancária comprovativo do IBAN, onde conste o nome do/a beneficiário/a como titular.

Modo de entrega

Enviado por correio eletrónico para a caixa de correio: ISSMadeira-ApoioTI@seg-social.pt

** Sócios-Gerentes de sociedades comerciais, sob a forma de sociedades por quotas e Membros de Órgãos Estatutários de Fundações, Associações ou Cooperativas*

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins. Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações de acordo com a Política de Proteção de Dados do ISSM, IP-RAM, acessível no Portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da Lei