

## DOAÇÃO DE BENS ALIMENTARES

Processo n.º\* Beneficiário/a\*

NIF\* Cartão de Cidadão/Passaporte\* Contacto\*

Morada\*

O/A beneficiário/a declara que recebeu para o seu agregado familiar a

Doação de Bens Alimentares, através de um Cabaz Social

\* Campos de preenchimento obrigatório.

(1) Indicar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para iniciar o procedimento administrativo ou intervir nele.

Declaro conhecer e comprometer-me a cumprir o Normativo para Doação de Bens Alimentares.

Aceito expressamente que os meus dados sejam utilizados pelo Município de Santa Cruz, para a gestão do processo.

Autorizo ser notificado/a através do correio eletrónico e/ou contactado/a através do(s) número(s) telefónico(s) indicado(s).

Declara,

**O/A beneficiário/a**

**O/A funcionário/a**

**Data**