



S.  R.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA
GUARDA NACIONAL REPUBLICANA
COMANDO DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS INTERNOS
DIRECÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

Visto
O Chefe da Repartição Beneficiários

Em ____/____/____

BOLETIM DE INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO

Prova Escolar 20__ / 20__

1. BENEFICIÁRIO TITULAR:

Beneficiário do SAD/GNR Nº: _____

NOME: _____

Posto _____ Contato telefónico Nº: _____

Email: _____

Unidade a que está adstrito: _____

2. BENEFICIÁRIO DESCENDENTE/EQUIPARADO ESTUDANTE:

NOME: _____

Nascido(a) em: ____/____/____

Matriculado/Inscrito no ____ Ano, do Curso _____

_____, Estabelecimento ensino _____

Nº de Beneficiário do SAD/GNR: _____

Nº do Cartão de Cidadão / BI: _____

Nº de Identificação Fiscal: _____

Nº do Serviço Nacional de Saúde: _____

Nº da Segurança Social: _____

Nos termos do n.º 1 do art.º 14.º do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, é o beneficiário titular o responsável pela manutenção do direito ao SAD/GNR, relativamente aos seus familiares ou equiparados, pelo que os dados do presente boletim terão de ser totalmente preenchidos, sob pena de não ser aceite a respetiva prova escolar.

Informa-se que nos termos do disposto no n.º 2 do Art.º 7º do Decreto Lei n.º 118/83, de 25FEV, alterado e republicado pelo Decreto Lei n.º 234/05, de 30DEZ, a inscrição/manutenção no SAD/GNR do descendente/equiparado só é viável desde que se prove que o mesmo não se encontre abrangido, em resultado do exercício de atividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória e enquanto se mantiver nessa situação.

Ao assinar o presente boletim, declaro para os efeitos previstos no artigo 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril (RGPD) prestar, por este meio, o meu consentimento expresso para o tratamento dos meus dados pessoais aqui contidos, com a estrita finalidade de inscrição/renovação do direito ao SAD/GNR e para efeitos de comparticipação de despesas no âmbito da assistência na doença, durante o período de tempo em que mantiver a condição de beneficiário do SAD/GNR. O presente consentimento pode, a qualquer momento, ser retirado por parte do titular dos dados, conforme previsto no n.º 3 do artigo 7.º do referido RGPD.

_____, ____ de _____ de 20__

O(a) Beneficiário(a) titular

Data de receção no serviço da GNR

_____, ____ de _____ de 20__

O responsável pela receção no serviço da GNR
