



SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES
DA BANCA, SEGUROS E TECNOLOGIAS

SUBSÍDIO DE NASCIMENTO

Para uso exclusivo dos Serviços

PARECER/DESPACHO

Recepção

____/____/____

Conf.

____/____/____

Reg. Inf.

____/____/____

Sócio

Nº

Nome

Filho

Nascido a ____/____/____

Nome

Filho

Nascido a ____/____/____

Nome

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da atribuição de participações e/ou prestação de serviços clínicos pelos SAMS SBC, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS SBC.

Data

____/____/____

Sócio

(Assinatura conforme C.C.)

documentos a apresentar

- Fotocópia da declaração do estabelecimento hospitalar indicando a data do parto.
- Fotocópia do Cartão de Cidadão do recém-nascido.

O SBC / SAMS SBC são responsáveis pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente o solicitem por escrito.