

GABINETE DE APOIO AO/À EMIGRANTE 2.ª GERAÇÃO - ESPINHO
REGISTO DE ATENDIMENTOS
 GAE
 GAID

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal _____ Localidade _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

 Autorizo o envio de notificações neste âmbito para o e-mail indicado.

Assunto: _____

Responsável pelo atendimento: _____ Data: ____ / ____ / ____

Dou o meu consentimento expresso [cfr. Art.6º, n.º 1. al. a) do RGPD] para o tratamento dos meus dados por parte do Município de Espinho, no âmbito do presente formulário. Sim Não

Data de marcação do atendimento	Data do atendimento	Duração do atendimento	Assinatura da pessoa atendida