



2.2 ESTABELECIMENTO ONDE O TRABALHADOR EXERCE FUNÇÕES

Designação _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Distrito _____ Concelho _____

Freguesia _____ E-mail do Serviço / Organismo _____

Telefone _____

3.

ACTIVIDADE PROFISSIONAL

3.1 SERVIÇO ONDE SUPÕE TER CONTRAÍDO A DOENÇA PROFISSIONAL DE QUE SE JULGA AFECTADO

Designação _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Distrito _____ Concelho _____

Freguesia _____ Ministério _____

Esteve ao serviço de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ Trabalho executado _____

Carreira _____

Riscos a que esteve sujeito _____

Produtos com que trabalhou _____

E-mail do Serviço / Organismo _____

3.2 OUTRAS SITUAÇÕES PROFISSIONAIS

Já exerceu outras actividades, públicas ou privadas, ou integrou outra(s) carreira(s) na F. P.?

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Se esteve ou está inscrito na Segurança Social, indique o Centro Distrital para onde descontou ou desconta _____

3.3 SERVIÇO OU ORGANISMO ONDE SUSPEITA TER-SE AGRAVADO A DOENÇA PROFISSIONAL

Designação _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Distrito _____ Concelho _____

Freguesia _____ Ministério _____

Esteve ao serviço de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ Trabalho executado _____

Carreira _____

Riscos a que esteve sujeito _____

Produtos com que trabalhou _____

E-mail do Serviço / Organismo _____

4.

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO EMPREGADOR

Confirmo os elementos declarados pelo trabalhador. (1)

___ / ___ / ___

(Assinatura e carimbo)

(1) Referir detalhadamente os riscos a que o trabalhador esteve sujeito e produtos com que trabalhou.

5.

OUTRAS DECLARAÇÕES

A PREENCHER NO CASO DE SER TITULAR DE OUTRAS PENSÕES DA C.G.A. OU OUTRAS

Natureza da pensão		Data de atribuição	Entidade que a concede ou à qual foi requerida								
- Acidente em serviço ou de trabalho											
	Grau de desvalorização _____ %	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									_____
- Doença profissional											
	Grau de desvalorização _____ %	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									_____
- Aposentação da Função Pública		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									_____
- Segurança Social Portuguesa		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									_____
- Segurança Social Estrangeira		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									_____
- Outras		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									_____

Se tem alguma acção pendente em tribunal por acidente de serviço ou trabalho ou doença profissional, indique:

Tribunal _____ Juízo _____ Secção _____ Nº. Processo _____

Tribunal _____ Juízo _____ Secção _____ Nº. Processo _____

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

___ / ___ / ___

(Assinatura do trabalhador ou de outrem a seu rogo)

NOTA: O anexo “Dados de Saúde (no âmbito da função pública)”, deve acompanhar este requerimento.

falsas declarações serão punidas nos termos da lei

OS DADOS RECOLHIDOS SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NOS FICHEIROS DO CNPRP
OS INTERESSADOS PODERÃO ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHES DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO