

## 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.

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.

Declara,

O/A beneficiário/a  Data

O/A funcionário/a  Data