



## BANCO LOCAL DE VOLUNTARIADO DE SINTRA ELIMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS

REG° SM \_\_\_\_\_

**Exmº Sr. Presidente da Câmara Municipal de Sintra**

(nome completo) \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ BI / Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_ de (data) \_\_\_\_\_ Arquivo  
 Ident. \_\_\_\_\_ com morada na (Rua, Av.) \_\_\_\_\_  
 (nº/ote) \_\_\_\_\_, (andar) \_\_\_\_\_, (localidade) \_\_\_\_\_, (cód.  
 postal) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Freguesia de \_\_\_\_\_, com  
 o telefone nº \_\_\_\_\_, telemóvel nº \_\_\_\_\_ fax nº \_\_\_\_\_ e-  
 mail \_\_\_\_\_, inscrito no Banco Local de  
 Voluntariado de Sintra, vem solicitar a V.Exa. ,  
 ao abrigo do direito de acesso, constante do artº 11º da Lei 67/98 de 26 de outubro (escolher opção) :

- A eliminação do seu nome e dados do Banco Local de Voluntariado de Sintra;

- A alteração dos seguintes dados:

Onde se refere : \_\_\_\_\_

Deve constar : \_\_\_\_\_

Onde se refere : \_\_\_\_\_

Deve constar : \_\_\_\_\_

Onde se refere : \_\_\_\_\_

Deve constar : \_\_\_\_\_

Onde se refere : \_\_\_\_\_

Deve constar : \_\_\_\_\_

Autorizo que as notificações referentes a este pedido sejam efetuadas por Via Eletrónica para o endereço  
 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Sintra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O Requerente,

.....

	<p><b>RECIBO DE ENTREGA</b> <span style="float: right;">REG° SM _____</span></p> <p><b>ASSUNTO: BANCO LOCAL DE VOLUNTARIADO DE SINTRA - ELIMINAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS</b></p>
	<p>Assinatura do Funcionário : _____</p> <p>Categoria : _____ Data : ____/____/____</p>

Departamento de Ação Social, Saúde e Habitação  
 Divisão de Saúde e Ação Social - Banco Local de Voluntariado de Sintra  
 Rua.Dr. Álvaro de Vasconcelos, lote 2-1º Portela de Sintra - 2710-420 SINTRA  
 Telefone : 21 923 60 10 / 21 923 60 08 Fax : 21 923 60 38 e-mail: blvoluntariado@cm-sintra.pt