**ENCERRAMENTO DE ESTABELECIMENTO DE ENSINO**

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO NOVO CORONAVIRUS

**DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM**

**Esta Declaração destina-se a ser apresentada à entidade empregadora para justificação da ausência ao trabalho por motivo de encerramento do estabelecimento de ensino ou equipamento social de apoio à primeira infância ou à deficiência**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR** |  |
| Nome completo |       |  |
|  |       |  |
| N.º de Identificação de Segurança Social |       | N.º de Identificação Fiscal |       |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **IDENTIFICAÇÃO DO FILHO OU DEPENDENTE MENOR DE 12 ANOS OU INDEPENDENTEMENTE DA IDADE COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA****(Caso tenha mais que um filho com menos de 12 anos ou com deficiência/doença crónica apenas deve indicar um)** |  |
| Nome completo |       |  |
|  |  |       |  |
| Data de nascimento |    /   /      | N.º de Identificação de Segurança Social  |  |       |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **PERÍODO DE AUSÊNCIA DO TRABALHO** |
| De     /    /      a     /    /       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | **CERTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR** |  |
| Declaro que o outro progenitor: |  |
| Nome completo |  |  |
| N.º de Identificação de Segurança Social |  | N.º de Identificação Fiscal |  |  |
| 1. Está impossibilitado de prestar assistência ao dependente identificado;
2. Não requereu nem recebe o apoio financeiro excecional à família por motivo de encerramento do estabelecimento de ensino no período identificado ou equipamento social de apoio à primeira infância ou à deficiência.

Autorizo o fornecimento dos dados à Segurança Social para efeitos de tratamento de dados no âmbito do apoio excecional à família.As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. |  |
|     /    /      | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura do trabalhador) |  |