

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 ___/___/___ Com deficiência? Sim Não

N.º de Identificação de Segurança Social _____

3 A PREENCHER NAS SITUAÇÕES EM QUE O TRABALHADOR TEM CONDIÇÕES PARA EXERCER A ATIVIDADE EM TELETRABALHO MAS OPTA PELA INTERRUPTÃO DESSA ATIVIDADE PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA (*)

- O meu agregado familiar é monoparental e o meu filho/dependente está à minha guarda no período de ausência do trabalho.
- O meu filho/dependente a meu cargo frequenta equipamento social de apoio à primeira infância, estabelecimento de ensino pré-escolar ou do primeiro ciclo do ensino básico.
- O meu filho/dependente tem uma deficiência com uma incapacidade igual ou superior a 60%.

4 OUTRAS SITUAÇÕES (O pagamento do apoio é de 100%)

- O meu agregado familiar é monoparental e o meu filho/dependente recebe majoração do abono de família para crianças e jovens para famílias monoparentais.
- Os dois progenitores partilham do apoio de forma alternada.

5 PERÍODO DE AUSÊNCIA DO TRABALHO POR MÊS

De ___/___/___ a ___/___/___ De ___/___/___ a ___/___/___ De ___/___/___ a ___/___/___

6 CERTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Declaro que o outro progenitor:

Nome completo _____

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

- (i) Está impossibilitado de prestar assistência ao dependente identificado;
- (ii) Não requereu nem recebe o apoio financeiro excecional à família no(s) período(s) identificado(s) por motivo de encerramento do estabelecimento de ensino, ou equipamento social de apoio à primeira infância ou à deficiência;
- (iii) Partilha do apoio de forma alternada, no(s) seguinte(s) período(s) por mês.

De ___/___/___ a ___/___/___ De ___/___/___ a ___/___/___ De ___/___/___ a ___/___/___

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.

Declaro que não vivo em economia comum com o outro progenitor e estou impossibilitado/a de obter o respetivo N.º de Identificação de Segurança Social.

Cumpro as condições de acesso ao apoio previstas na lei.

___/___/___

(Assinatura do trabalhador)