

PROGRAMA DE COMBATE À GRIPE CIAS 2019

Pertence a um grupo de risco?

**PROTEJA-SE,
VACINE-SE**



SERVIÇOS SOCIAIS
POLÍCIA SEGURANÇA PÚBLICA

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Nº de Beneficiário: _____ Matrícula: _____

Nº Cartão de Cidadão/BI: _____ Nº Cartão Utente SNS: _____

Telefone: _____ Email: _____

Morada: _____

Sofre de alguma doença, que implique medicação diária (por exemplo: diabetes, hipertensão, dislipidémia/colesterol, entre outras)? _____

Tem alergias? Sim Não Se sim, quais? _____

Realizou a vacina da gripe no ano passado? Sim Não

Se sim, houve alguma reação nesse momento? _____

PROTECÇÃO DE DADOS: Os dados solicitados são tratados de acordo com o RGPD e destinam-se unicamente à ação de rastreio

NOTA: No dia da administração da vacina deverá fazer-se acompanhar de Boletim de Vacinas e Documento de Identificação.

Data e assinatura do beneficiário

_____/_____/_____

Recebi,

Em ___/___/_____ às ____:_____

CIAS
centro integrado
de acção social

Rua Cidade de Nampula, Lote nº 148 Loja R-S ❖ 1800-105 Lisboa

☎ 218 543 241

✉ cias.olivais@sspsp.pt

💻 www.sspsp.pt

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

SERVIÇO DE RECEÇÃO DO CIAS

- **Verificação do formulário de inscrição**
- **Confirmação dos dados de identificação (cartão de cidadão/bi)**

O pedido de inscrição está conforme o regulamento em vigor:

Sim Não

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO CIAS

- **Análise do formulário de inscrição**

Tem condições para vacinação:

Sim Não

Fundamentação (em caso de impossibilidade de administração da vacina):

Data: ____/____/____ Assinatura: _____