

GABINETE DE APOIO AO/À EMIGRANTE 2.ª GERAÇÃO - ESPINHO**REGISTO DE ATENDIMENTOS** **GAE** **GAID**

Nome do/a utente: _____

Morada: _____

Código Postal _____ Localidade _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

 Autorizo ser notificado/a para o e-mail indicado

Assunto: _____

Responsável pelo atendimento: _____ Data: ____ / ____ / ____

 Dou o meu consentimento expresso [cfr. Art.6º, n.º1. al. a) do RGPD] para o tratamento dos meus dados por parte do Município de Espinho, no âmbito do presente formulário.

Data de marcação do atendimento	Data do atendimento	Duração do atendimento	Assinatura do/a utente