

**ENCERRAMENTO DE ESTABELECIMENTO DE ENSINO
CLOSURE OF EDUCATION ESTABLISHMENT**

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO NOVO CORONAVIRUS
EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF THE NEW CORONAVIRUS

**DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM
STATEMENT OF EMPLOYEES**

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

This Statement is intended to be presented to the employer to justify the absence from work due to the closure of the education establishment or social support facility for early childhood or disability

1 IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / WORKER IDENTIFICATION

Nome completo / Full name _____

N.º de Identificação de Segurança Social / Social Security Identification number _____

N.º de Identificação Fiscal / Tax Identification Number _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO FILHO OU DEPENDENTE MENOR DE 12 ANOS OU INDEPENDENTEMENTE DA IDADE COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA / IDENTIFICATION OF CHILD OR DEPENDENT UNDER 12 YEARS OLD OR INDEPENDENTLY OF AGE WITH DISABILITY OR CHRONIC ILLNESS
(Caso tenha mais que um filho com menos de 12 anos ou com deficiência/doença crónica apenas deve indicar um) / (If you have more than one child under the age of 12 or with a disability / chronic illness you should only indicate one)

Nome completo / Full name _____

Data de nascimento / Date of birth ____/____/____

N.º de Identificação de Segurança Social / Social Security Identification number _____

3 PERÍODO DE AUSÊNCIA DO TRABALHO / PERIOD OF ABSENCE FROM WORK

De / From ____/____/____ a / to ____/____/____

4 CERTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR / WORKER CERTIFICATION

Declaro que o outro progenitor: / declare that the other parent:

Nome completo / Full name _____

N.º de Identificação de Segurança Social / Social Security Identification number _____

N.º de Identificação Fiscal / Tax Identification Number _____

(i) Está impossibilitado de prestar assistência ao dependente identificado;

(i) Is unable to assist the dependent identified;

(ii) 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.

(ii) Did not request or receive the exceptional financial support for the family due to the closure of the education establishment in the identified period or social support facility for early childhood or disability.

Autorizo o fornecimento dos dados à Segurança Social para efeitos de tratamento de dados no âmbito do apoio excecional à família.

I authorize the provision of data to Social Security for data processing purposes under the exceptional support to the family.

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

The information provided is true and does not omit any relevant information.

____/____/____

(Assinatura do trabalhador / Worker signature)