



ANEXO

DECLARAÇÃO

Numero pessoal:.....

Apelido e nome próprio:

A fim de preencher a documentação exigida para obter a autorização prévia, solicitamos que nos comunique se beneficia de uma ajuda financeira complementar por parte de um regime de seguro legal e/ou obrigatório ou privado. Nesse caso, queira indicar no espaço infra o montante recebido e devolver-nos esta carta, devidamente preenchida.

Informamos que de não recebermos este formulário devidamente preenchido e assinado o seu pedido de autorização prévia não será tratado e ser-lhe-á devolvido.

Assistência financeira complementar

BENEFICIÁRIO - nome próprio e apelido:

- Auxiliar de enfermagem

- Estabelecimento de repouso ou de saúde

- Outros :

- organismo:.....

- montante recebido..... País Divisa

.....

Sem ajuda complementar

Data:

Assinatura:

➤ **A transmitir ao Serviço de Liquidação adequado**

Pessoal da Comissão, Agências executivas:

http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx

Para as Delegações, Serviço das Publicações, reformados, pessoal destacado ou de licença sem vencimento:

https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

Outras instituições da UE e outras agências: http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx.

