

PREENCHER PELOS SSCML
Recebido por: _____
N.º Utente: _____
Data: ____/____/____
Reg.: _____
Ass.: _____
Entregue via:
☐ CTT ☐ Presencial
☐ e-Mail ☐ SDE

Aos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa

Nome Completo _____

e-Mail _____

Utente

--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

Solicito o cancelamento da inscrição do:

- ☐ Titular *
- ☐ Cônjuge / Viúvo(a)
- ☐ Descendente
- ☐ Ascendente
- ☐ Irmão
- ☐ Neto

(o cancelamento do Titular é automaticamente aplicado ao seu agregado familiar)

Motivo do cancelamento:

Lisboa, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular)

* Para sua informação, e caso pretenda mais tarde retomar à sua qualidade de Associado / Utilizador dos SSCML, terá de ter em atenção algumas condições impostas por deliberação do Conselho de Administração dos SSCML de 29/08/2013 "ficam sujeitos a um Período de Carência (PCr) de 3 meses, durante o qual só têm acesso aos serviços médicos prestados na sede dos SSCML (exceto Unidade de Cirurgia Ambulatória) e à participação adicional em medicamentos"