

Requerimento do subsídio de doença do FSS
Declaração da entidade empregadora

Nome da entidade empregadora _____,
(Dístico comercial do estabelecimento)

N.º da matrícula da entidade empregadora _____,

Telefone de contacto: _____, declara que o trabalhador (nome)

_____, titular do BIRM n.º _____, não prestou

trabalho durante o período de doença, ou seja, desde _____ (dia) _____ (mês)

_____ (ano) até _____ (dia) _____ (mês) _____ (ano).

Assinatura do empregador ou do
seu representante legal e carimbo

(O carimbo deve estar conforme o nome da entidade empregadora)

Nome do signatário: _____
(em letra de forma)

Cargo do signatário: _____

Data: _____