|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PEDIDO DE INFORMAÇÃO RELATIVO A DADOS PESSOAIS** | | | |
| **INFORMAÇÕES PESSOAIS**  **Informações Pessoais**  **Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | | |
| **Morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | | |
| **Contacto de Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | | |
| **Documento de Identificação (Bilhete de Identidade / CC / Passaporte / Cartão de Residente) nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissão/Validade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | | |
| **Requer o acesso a informações clinicas de que é titular, na modalidade de acesso assinalada abaixo, para fins de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | | |
| **INFORMAÇÃO**  **Informações Pessoais** | | | | | |  | | | |
| **Ao abrigo do artigo 15º do RGPD, o titular dos dados pessoais pode solicitar e obter do responsável pelo tratamento, a confirmação de que os dados pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento, se for caso disso, aceder aos seus dados pessoais e designadamente às informações seguintes: finalidades do tratamento, categorias dos dados, prazo de conservação, divulgação (a existir), direito de solicitar a retificação, apagamento, limitação de tratamento ou oposição, informação sobre a existência de decisões automatizadas, transferência para países terceiros ou organizações internacionais, informação ou limitação de portabilidade.**  **SOLICITAÇÃO REFERIR COM PRECISÃO O QUE É PRETENDIDO**  **Informações Pessoais** | | | | |  | | | |
| * **Consulta aos dados detidos** | | | * **Pedido de apagamento** | | | |
| * **Informação do tratamento efetuado aos dados** * **Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | * **Retificação** | | | |

**FORMA DE PRESTAÇÃO DA INFORMAÇÃO**

**Informações Pessoais**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Por Correio Simples** | * **Por Email** |  |  |  |
| * **Presencial** |  |  |  |  |

**DECLARAÇÃO**

**Informações Pessoais**

**Declaro que sou o legítimo titular dos dados solicitados.**

**ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(Assinatura conforme documento de identificação)***

**AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A TERCEIRO**

**Informações Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| **Autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cartão de cidadão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **com validade até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a ter acesso aos meus dados obtidos (elencar os mesmos).**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **O REQUERENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **A assinatura tem de ser alvo de reconhecimento.** |  |

**DESPACHO DO E.P.D. OU ENTIDADE RESPONSÁVEL**

**Informações Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| **Despacho:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_** |  |
|  |  |