

CONSENTIMENTO

Eu, _____ (nome completo)
portador do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade n.º _____, válido até ____/____/_____,
dou o meu expresse consentimento pelo presente, para recolha e tratamento dos meus dados pessoais, ou
os dados pessoais do menor _____ (nome
completo), portador do Cartão de cidadão n.º _____, válido até ____/____/_____, que
represento legalmente, na qualidade de Pai/Mãe ou Tutor, bem como os dados relativos à saúde, a
profissionais de saúde, colaboradores e subcontratados abrangidos por deveres de sigilo profissional, tendo
por finalidade o diagnóstico e eventual tratamento da minha situação clínica.

(Este termo de consentimento está em conformidade com o disposto nos artigos 7.º e seguintes do novo Regulamento de Proteção de Dados – Regulamento EU 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, constituindo uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados ou o seu representante legal aceita, mediante declaração, que os dados pessoais e de saúde, que lhe dizem respeito, sejam objeto de tratamento nos moldes legalmente admissíveis.)

Mediante o meu consentimento, os meus dados pessoais poderão ainda ser tratados para (assinalar as opções pretendidas):

- Envio de comunicações informativas e de marketing através de notificações eletrónicas, carta, sms ou email.
- Realização de inquéritos de avaliação de satisfação de clientes.

Li, compreendi e aceitei a política de privacidade que me foi dada a conhecer.

Data: ____/____/_____ Ass.: _____

(Assinatura conforme Documento de Identificação)