



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO TRATAMENTO DE
DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE

Declaro para os efeitos previstos no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (EU)2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 prestar, por este meio, o meu EXPRESSO CONSENTIMENTO para o tratamento dos meus dados pessoais e de saúde, os quais tenha direta ou indiretamente informado, fornecido ou cedido à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (ULSCB, EPE), Pessoa Coletiva n.º 509 309 844, com sede na avenida Pedro Alvares Cabral, 6000-084 Castelo Branco, sob compromisso desta entidade manter a confidencialidade dos dados e a identidade das pessoas responsáveis pelo tratamento e recolha dos dados, nomeadamente: *imagens em fotografia e vídeo, processo clínico, documentação administrativa, arquivos e ficheiros clínicos, boletins e relatórios de informação, informação em redes sociais ou outras*. Declaro permitir sem prejuízo do atrás disposto, ser contactado pela ULSCB por carta, ofício, SMS, email, telefone ou qualquer outra plataforma electrónica ou digital, a articulação e o intercâmbio dos meus dados de saúde com entidades terceiras prestadoras de cuidados, atos e realização de exames de saúde, a divulgação dos meus dados pessoais e de saúde de forma não nominativa sempre que tenham por finalidade divulgar a terceiros a atividade da Instituição ou para fins de estudo, interesse público reconhecido, ensaios clínicos e atividade científica, **salvo se** por escrito manifestar vontade em contrário ou por motivo de força maior, deixarem de estar reunidas as condições necessárias para a manutenção do tratamento dos meus dados, sendo que, neste último caso, os referidos dados poderão ser conservados para efeitos de estudo e investigação clínica, sem limite temporal para os efeitos descritos da lei.

A ULSCB, EPE garante o cumprimento do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais, bem como na demais legislação aplicável, obrigando-se a respeitar e a cumprir o direito ao apagamento e à portabilidade dos meus dados e, a não colocar à disposição de terceiros os meus dados pessoais e ou de saúde de forma nominativa, sem a minha autorização pessoal.

Mais declaro, para os efeitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD, ter tomado pleno conhecimento e compreendido devidamente os direitos que me assistem relativamente aos meus dados pessoais e o teor completo da presente declaração:

Nome: _____ Nacionalidade: _____

Portador do B.I. C.C. Tit. Res. com o número: _____ válido até: ____ / ____ / ____

ULSCB, EPE, ____ de _____ de _____

**** (pode ser assinado provisoriamente em nome deste por familiar direto do doente devidamente identificado ou seu representante legal - Posteriormente deverá ser assinado pelo próprio doente ou seu representante legal) (Assinatura igual ao Documento de identificação)**

Validação da identidade do Utente *(preenchimento pelo funcionário que recebe o pedido)*

Identidade validada: Sim Não Data de Validação: ____ / ____ / ____

Documento de identificação pessoal validado: B.I. C.C. Tit. Res

Nome do Funcionário: _____ N.º Mecanográfico: _____