

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 Álvares Cabral, 6000-084 Castelo Branco, bem como o acesso informático ao meu processo clínico digital por parte dos profissionais de saúde da instituição, 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, Data ___ de _____ de _____ Ass. _____

**** (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: _____