

PEDIDO DE INFORMAÇÃO RELATIVO A DADOS PESSOAIS

Nome _____, Data de Nascimento ____/____/____,

Contacto de E-mail / Morada _____,

Documento de identificação (Bilhete de Identidade / CC / Passaporte / Cartão de Residente) n.º _____ Emissão / Validade, _____, requer o acesso a informações clínicas de que é titular, na modalidade de acesso em baixo assinalada, para fins de:

Informação

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

☐ CONSULTA AOS DADOS DETIDOS☐ PEDIDO DE APAGAMENTO☐ INFORMAÇÃO DO TRATAMENTO DE EFECTUADO AOS DADOS☐ RETIFICAÇÃO☐ Outro _____

Forma de Prestação á informação

☐ Por correio simples☐ Por email☐ Presencial

Declaro que sou o legítimo titular dos dados solicitados ,

_____, ____ de _____ de 20____

Autorização de Acesso a Terceiro

Autorizo _____, cartão de cidadão _____ com validade _____ a ter acesso aos meus dados pessoais (elencar os mesmos), a assinatura tem de ser alvo reconhecimento:

O Requerente: _____
(Assinatura conforme documento de identificação ou reconhecida no caso de autorização a terceiro)

Despacho do E.P.D. ou Entidade Responsável

Despacho:

Data: ____/____/____