

Nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD)

Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016

**A PREENCHER PELO SERVIÇO**

Recebido por:

Nº Mec.

Data:

 /  / 

N.º Registo

**IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS**

Nome completo:

N.º Documento de Identificação (BI/CC):

Data de Nascimento:

 /  / 

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE DOS DADOS (Representante Legal)**

Nome completo:

N.º Documento de Identificação (BI/CC):

Data de nascimento:

 /  / 

Parentesco/outro:

Considerando os dados pessoais recolhidos e sujeitos a tratamento pela vossa entidade, venho por este meio, nos termos dos artigos 12.º a 22 do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> O Direito a ser informado   | <input type="checkbox"/> O Direito à retificação dos dados   |
| <input type="checkbox"/> O Direito ao apagamento   | <input type="checkbox"/> O Direito à limitação do tratamento |
| <input type="checkbox"/> O Direito à oposição  | <input type="checkbox"/> O Direito à portabilidade dos dados |
| <input type="checkbox"/> O Direito de acesso aos dados (no caso de informação clínica deverá ser utilizado outro impresso para o efeito) |  |
| <input type="checkbox"/> O Direito de oposição a decisões individuais automatizadas, incluindo a definição de perfis                     |  |

Pretendo que o direito seja exercido da seguinte forma:

Para cumprimento ao direito por mim exercido dou expressamente o consentimento para utilização dos seguintes contactos:

Autorizo a utilização do meu contacto telefónico n.º , para envio de sms de aviso de levantamento da documentação ou posterior contacto no âmbito deste pedido

Não Autorizo a utilização do meu contacto telefónico

Autorizo o envio por correio registado para a morada:   
 Código Postal

Autorizo o envio por correio eletrónico para o e-mail:

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.R. e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido do exercício dos direitos do titular dos dados, não integrando o processo clínico do titular. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo máximo de 10 anos.

De acordo com a legislação, o titular ou requerente poderá ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informações sobre o seu tratamento, retificá-lo, limitar o seu tratamento, opor-se ao seu tratamento, impedir o seu tratamento por meios automatizados, requerer a portabilidade dos seus dados ou requerer o seu apagamento.

Para mais informações sobre como pode exercer estes direitos e sobre a nossa Política de Privacidade e Proteção de Dados deverá consultar o site: [www.hdes.pt](http://www.hdes.pt) ou solicitar uma cópia da política no Gabinete de Cedência da Informação Clínica.

Quando o pedido é realizado **presencialmente**, o titular ou requerente terá, **obrigatoriamente** de proceder à **exibição** do respetivo **documento de identificação pessoal** para confirmação da sua identidade.

Quando o pedido é efetuado por **via eletrónica**, o titular ou requerente pode **fazer assinatura digital** qualificada (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITAL-QUALIFICADA>) ou, pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com **manifestação expressa do seu consentimento**, para efeitos de conferência de identidade, **anexar cópia do documento de identificação pessoal** para o e-mail [HDES\\_InfoClinica@azores.gov.pt](mailto:HDES_InfoClinica@azores.gov.pt). Neste caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo de se poder vir a solicitar que seja exibido o original. Poderá, ainda, **posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito ao Gabinete da Cedência da Informação Clínica.

Para esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com o preenchimento deste requerimento poderá entrar em contacto com o Gabinete de Cedência da Informação Clínica no horário de expediente das 08h30 às 16h30 através do contacto telefónico 296 203 320 / 296 203 529. Poderá, ainda, entrar em contacto por via postal através da morada: Av. D. Manuel I – 9500-370 Ponta Delgada ou por e-mail através do endereço eletrónico: [HDES\\_InfoClinica@azores.gov.pt](mailto:HDES_InfoClinica@azores.gov.pt).

Data:  /  /

(Assinatura conforme B.I. / Cartão do Cidadão)

**Nota 1:** O prazo de resposta de acordo com o n.º 3 do art.º 12 do RGPD é de um mês, se a situação for de elevada complexidade o prazo poderá ser prorrogado até dois meses.

**Nota 2:** As obrigações legais do HDES podem sobrepor-se, casuisticamente, a estes direitos para garantir o respeito por outros direitos, liberdades e garantias dos requerentes.

**Nota 3:** Nos termos do n.º 5 do art.º 6º da Lei 26/2016, de 22 de agosto, com as suas respetivas alterações, "Um terceiro só tem direito a acesso a documentos nominativos: a) Se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder; b) Se demonstrar fundamentalmente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação, no quadro do princípio da proporcionalidade, de todos os direitos fundamentais em presença e do princípio da administração aberta, que justifique o acesso à informação."