Requisição de Informação/ Documentação Clínica

PROCESSO A REQUERER (a preencher pelo interessado ou seu representante)

Nome**:** _____

Morada: _____

Código Postal: _____-____ Localidade _____ Telefone _____

Correio eletrónico: _____

Vem requerer informação clínica ☐ / informação financeira ☐ referente à assistência prestada no período de _____ a _____ para efeitos de _____

_____

_____.

Assinatura do requerente: _____

DADOS DO REQUERENTE (se solicitado por terceiros)

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____-____ Localidade _____ Telefone _____

Correio eletrónico: _____

Assinatura do requerente: _____

DECLARAÇÂO DE AUTORIZAÇÂO DE ACESSO Á INFORMAÇÃO (se solicitado por terceiros)

Eu, _____, portador do n.º de cartão de cidadão/ BI _____ declaro que autorizo o requerente a solicitar e a ter acesso à minha informação clínica.

Data: _____/_____/_____ **ASS:** _____

Recebido	**Despacho**
Data: _____/_____/_____ **ASS:** _____	**Data:** ____/____/____ **ASS:** _____ ☐ Diretor Clínico ☐ Diretor de Serviços

INFORMAÇÃO LEGAL (art.º 13.º do RGPD): A recolha e o tratamento dos dados pessoais fornecidos nas atividades promovidas pela Clínica do Bom Jesus, estão sujeitos à Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, disponibilizada no *site* https://www.clinicabomjesus.org/.