

EXERCÍCIO DOS DIREITOS DO TITULAR DE DADOS PESSOAIS [UTENTE/DOENTE]

Nos termos do **Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)**, o Titular dos Dados pode solicitar e obter do Responsável pelo Tratamento (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – CHLO), a confirmação de que os dados pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento e, se for caso disso, **exercer o(s) seu(s) direito(s) de aceder, de solicitar a retificação, o apagamento, a limitação, a portabilidade ou a oposição ao tratamento dos seus dados pessoais**, conforme descrito na **Política de Privacidade do CHLO**.

Para o efeito deverá preencher o presente formulário com a seguinte informação (*obrigatório):

1. Dados de Identificação

NOME*: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDADE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (BI/CC/PASSAPORTE/CARTÃO DE RESIDÊNCIA) Nº*: _____ DATA VALIDADE: ____ / ____ / ____

@ EMAIL / MORADA*: _____

2. Direito de Acesso (Artigo 15º RGPD e Artigo 14º da Lei 26/2016)

- DADOS CLÍNICOS
- DADOS NÃO CLÍNICOS

Em caso de Dados Clínicos, identifique os dados a que pretende ter acesso:

Fundamente com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços:

- RELATÓRIO CLÍNICO _____
- FOTOCÓPIA DOS REGISTOS CLÍNICOS _____
- CÓPIA DE EXAMES _____
- CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO _____
- OUTRO _____

Em caso de Dados Não Clínicos, identifique os dados a que pretende ter acesso e fundamente com precisão o que é pretendido:

3. Selecione o(s) Pedido(s) de Direito que pretende exercer (ao abrigo do RGPD)

- DIREITO DE RETIFICAÇÃO [ART.º 16 RGPD]
- DIREITO DE LIMITAÇÃO [ART.º 18 RGPD]
- DIREITO DE OPOSIÇÃO [ART.º 21 RGPD]
- DIREITO DE APAGAMENTO (“*DIREITO A SER ESQUECIDO*”) [ART.º 17 RGPD]
- DIREITO DE PORTABILIDADE [ART.º 20 RGPD]
- OUTRO _____

Fundamente com precisão o que é pretendido:

4. Forma da prestação da informação

CORREIO SIMPLES

@EMAIL

PRESENCIAL

INTERMEDIAÇÃO MÉDICA
(Para pedidos de acesso a dados clínicos)

ASSINATURA DO UTENTE/DOENTE: _____ DATA: ____ / ____ / ____

5. Para Representantes Legais em caso de utente ser menor ou incapaz, ou um terceiro que pretenda exercer o direito de acesso a Dados Clínicos

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: _____ PARENTESCO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (BI / CC / PASSAPORTE / CARTÃO DE RESIDÊNCIA) Nº*: _____ DATA VALIDADE: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL: _____ DATA: ____ / ____ / ____

“CONFIRMEI A IDENTIDADE DO REQUERENTE, MEDIANTE VERIFICAÇÃO DO BI”

C/A FUNCIONÁRIO DO CHLO _____ (NOME E Nº MEC.)

(CARIMBO DO SERVIÇO)

Nº DE DESPACHO: _____ DATA: ____ / ____ / ____