REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

Nº. REGISTO: _____

DATA: ____ / ___ /____

Nº PROCESSO: _____

EXERCÍCIO DO DIREITO DE RETIRAR O CONSENTIMENTO [UTENTE]

*Nos termos do **Regulamento Geral de Proteção de Dados** (**RGPD**), a todo o tempo, o Titular dos Dados pode **retirar** o **consentimento** para determinada atividade de tratamento de **dados pessoais** ou finalidade de tratamento de **dados pessoais,** que tenham sido previamente consentidos **Formulário de Consentimento.***

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

Dados de Identificação

NOME*: _____

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (BI/CC): _____

Descreva para que atividade de tratamento ou finalidade pretende retirar o seu consentimento:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

"CONFIRMEI A IDENTIDADE DO REQUERENTE, MEDIANTE VERIFICAÇÃO DO BI /CC"

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

(CARIMBO DO SERVIÇO)

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

Poderá submeter o seu pedido:

- Presencialmente no Serviço de Gestão de Doentes, em todas as unidades que compõem o CHLO (HSFX, HSC, HEM);
- Através do envio de e-mail para o endereço dpo@chlo.min-saude.pt; gabcidadaohem@chlo.min-saude.pt; gabcidadaohsc@chlo.min-saude.pt; gabcidadaohsfx@chlo.min-saude.pt.