

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS

Nome completo: _____
Nº Documento de Identificação (BI/CC): _____ Nº Utente de Saúde: _____
Data de Nascimento: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE DOS DADOS (quando terceiro)

Nome completo: _____
Nº Documento de Identificação (BI/CC): _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Parentesco/Justificação: _____

Deve juntar a documentação que o comprove, sob pena de não ser considerada essa informação no pedido.

Considerando os dados pessoais recolhidos e sujeitos a tratamento pela vossa entidade, venho por este meio, nos termos dos artigos 16º, 17º, 18º, 21 e 22.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de Abril de 2016, ou nos termos do n.º 5 do artigo 6.º da Lei n.º 26/2016, exercer o seguinte direito:

- O direito à retificação dos meus dados.
 O direito ao esquecimento/apagamento.
 O direito à limitação do tratamento.
 Direitos de oposição a decisões individuais automatizadas, incluindo a definição de perfis.

Pretendo que o direito seja exercido sobre dos dados, da seguinte forma: _____

Para dar cumprimento ao direito por mim exercido dou expressamente consentimento para utilização dos meus contactos:

Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Fax: _____
Contacto Telefónico: _____ Correio Eletrónico: _____

FORMA DE RESPOSTA PREFERENCIAL

- Por correio registado para a morada Levantamento presencial Correio eletrónico Fax

INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS:

Os dados pessoais dos utentes são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção dos Dados Pessoais (RGPD), adaptado à ordem jurídica portuguesa pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, e com a demais legislação portuguesa relativa a dados pessoais, acesso a informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de exercício de direitos, previstos no RGPD. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo mínimo de 10 anos. De acordo com a legislação, o titular e o requerente poderão ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informação sobre o seu tratamento, retificá-lo, opor-se ao seu tratamento por meios automatizados ou requerer o seu apagamento.

Caso este requerimento consubstancie um pedido subsequente, poderão ser cobrados custos administrativos (n.º 3, do art.º 15 do RGPD).

Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão: A cópia/digitalização do documento de identificação apenas ocorre no caso de:

1. O pedido ser apresentado por meios de comunicação à distância sem assinatura digital, pois é necessário para a verificação da identidade e assinatura;
2. Quando o titular dos dados é pessoa diversa do requerente, para prova da identidade do titular dos dados em causa do pedido;
3. Quando seja necessário para prova de algum facto nele constante (prova que o utente “não sabe assinar” ou da relação familiar – caso de pedido por pais/filhos);
4. Fora dos casos anteriores, quando o titular do documento autorizar a sua cópia.

Data: ____/____/____

(Assinatura do REQUERENTE conforme documento de identificação)

A PREENCHER PELO SERVIÇO

Data: ____/____/____ Distribuição/Nº Registo: _____

Receionei o presente requerimento e comprovei a identidade do requerente através do respetivo documento de identificação.

Assinatura: _____ Nº Mec.: _____

1. EXERCÍCIO DE DIREITOS PELO TITULAR DA INFORMAÇÃO**A. Preenchimento obrigatório:**

No título “Identificação do Titular dos Dados”, deve sempre preencher o “Nome completo do titular dos dados”, “N.º do Documento de Identificação (BI/CC)” e “Data de Nascimento”, para que seja possível identificar corretamente a pessoa cujos dados pessoais serão alvo de exercício de direitos.

Devem ser indicados os direitos que se pretende exercer (retificação, esquecimento/apagamento, limitação do tratamento, oposição a decisões individuais e automatizadas, incluindo definição de perfis), acrescentando-se quais os dados em causa (morada, por exemplo) e de que forma pretende exercer o direito.

Devem ser indicados os dados de contacto necessários para a resposta, podendo ser por ofício entregue em mão na secretaria, remetido por correio, email ou fax, conforme indicado pelo titular.

O titular dos dados deve assinar o requerimento conforme o seu documento de identificação.

B. Formas de apresentação do requerimento:

Presencial, por escrito (preferencial): Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, preencher este formulário e apresentar o seu documento de identificação, para conferência da identidade e assinatura.

Presencial, verbal: Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, expressar verbalmente o seu pedido e apresentar documento de identificação com a indicação “Não sabe assinar” ou “Não pode assinar”, do qual deverá ser extraída cópia para prova deste facto. O pedido será reduzido a escrito pelo Assistente Técnico, ou por familiar do titular dos dados, sendo que, neste último caso, o familiar deve assinar como requerente, e extrair-se cópia do documento de identificação para comprovação do parentesco (ou apresentado outro documento idóneo).

Por meios de comunicação à distância (carta, email ou fax): Por correio, deve enviar o requerimento assinado e cópia do seu documento de identificação, para comprovar a identidade e a assinatura, ao cuidado da *Secretaria do Conselho de Administração do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER, Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo*; por email, deve enviar o requerimento com assinatura digital - ou assinar manualmente, digitalizar e juntar digitalização do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e a assinatura - para o endereço de correio eletrónico hseit.secretaria@azores.gov.pt; por fax, deve assinar o requerimento manualmente e juntar cópia do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e assinatura, e enviar para o número de fax 295.240.087.

2. EXERCÍCIO DE DIREITOS POR TERCEIRO HABILITADO

De acordo com a lei, apenas é permitido a um terceiro que exerça os direitos sobre os dados pessoais de um utente, nas seguintes circunstâncias:

2.1. Quando expressamente autorizado pelo titular da informação, podendo ser:

- Por **pessoa designada para assinar** a seu pedido (assinatura a rogo notarial), quando não saiba ou não possa assinar;
- Por **pessoa designada como procuradora**, com poderes para representá-la junto de instituições de saúde/hospital, e/ou para exercer direitos sobre a informação administrativa, ou clínica/de saúde.

2.2. Quando o titular da informação não disponha de condições de saúde física ou mental para exercer os direitos:

- Por **familiar**, mediante a apresentação de declaração do médico que ateste a incapacidade do utente, podendo ter exercer direitos limitados ao fim que se pretende alcançar (para a segurança da prestação de cuidados/retificar algum dado).

2.3. Quando o titular da informação seja menor/menor acompanhado/ausente:

- Por um dos **titulares das responsabilidades parentais**, quando se trate de menor, devendo ser apresentada prova da parentalidade, nomeadamente por documento de identificação pessoal do menor (ou apresentado outro documento idóneo).
- Por **tutor**, no caso de menor que não seja representado pelos pais, conforme sentença judicial de nomeação;
- Por **acompanhante**, no caso de ter sido declarada pelo tribunal a aplicação do regime do maior acompanhado, devendo apresentar a sentença judicial;
- Por **curador**, no caso de ter sido nomeado pelo tribunal, em virtude de ausência (por desaparecimento) do titular dos dados, devendo apresentar sentença judicial.

2.4. Quando o titular dos dados haja falecido:

- Pelo/a **cabeça de casal** da herança do utente falecido, que apenas poderá exercer os direitos que sejam compatíveis com esta função;
- Pelos **herdeiros**, todos em conjunto, no caso dos demais direitos;
- Por **pessoa designada** pelo falecido para exercer estes direitos após a sua morte, em documento outorgado em vida.

A. Preenchimento obrigatório:

No título “Identificação do Titular dos Dados”, deve sempre preencher o “Nome completo do titular dos dados”, “N.º do Documento de Identificação (BI/CC)” e “Data de Nascimento”, para que seja possível identificar corretamente a pessoa cujos dados pessoais serão alvo de exercício de direitos.

No título “Identificação do Requerente dos Dados”, deve sempre preencher o “Nome completo do Requerente”, “N.º do Documento de Identificação (BI/CC)” e “Data de Nascimento”, e indicar a relação que tem com o titular dos dados (filho, pai, etc.) para que seja possível identificar e averiguar se reúne os requisitos para o exercício dos direitos sobre dados pessoais.

Devem ser indicados os direitos que se pretende exercer (retificação, esquecimento/apagamento, limitação do tratamento, oposição a decisões individuais e automatizadas, incluindo definição de perfis), acrescentando-se quais os dados em causa (morada, por exemplo) e de que forma pretende exercer o direito.

Devem ser indicados os dados de contacto necessários para a resposta, podendo ser por ofício entregue em mão na secretaria, remetido por correio, email ou fax, conforme indicado pelo titular.

O requerente dos dados deve assinar o requerimento conforme o seu documento de identificação.

B. Formas de apresentação do requerimento:

Presencial, por escrito (preferencial): Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, preencher este formulário e apresentar o seu documento de identificação, para conferência da identidade e assinatura.

Presencial, verbal: Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, expressar verbalmente o seu pedido e apresentar documento de identificação com a indicação “Não sabe assinar” ou “Não pode assinar”, do qual deverá ser extraída cópia para prova deste facto. O pedido será reduzido a escrito pelo Assistente Técnico, ou por familiar do titular dos dados, sendo que, neste último caso, o familiar deve assinar como requerente, e extrair-se cópia do documento de identificação para comprovação do parentesco (ou apresentado outro documento idóneo).

Por meios de comunicação à distância (carta, email ou fax): Por correio, deve enviar o requerimento assinado e cópia do seu documento de identificação, para comprovar a identidade e a assinatura, ao cuidado da *Secretaria do Conselho de Administração do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER, Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo*; por email, deve enviar o requerimento com assinatura digital - ou assinar manualmente, digitalizar e juntar digitalização do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e a assinatura - para o endereço de correio eletrónico hseit.secretaria@azores.gov.pt; por fax, deve assinar o requerimento manualmente e juntar cópia do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e assinatura, e enviar para o número de fax 295.240.087.

Sempre que o requerente alegue determinado facto, deve juntar a documentação que o comprove, sob pena de não ser considerada essa informação no pedido.