

EXMO. SENHOR PRESIDENTE
 DA CÂMARA MUNICIPAL DA TROFA

TRATAMENTOS DE SAÚDE ORAL			
REQUERENTE			
Nome			
Morada			
Freguesia		Código Postal	
N.º Identificação Fiscal		N.º Identificação Civil	Válido até
Data de Nascimento		N.º de Utente de Saúde	
Telefone		Telemóvel	
E-mail			

 Autoriza o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o endereço eletrónico indicado

INFORMAÇÃO/AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO DE DADOS
<p>De acordo com o RGPD e demais legislação atinente, enquanto responsável pelo tratamento dos dados pessoais recolhidos na presente ficha de candidatura, e a recolher no cumprimento das finalidades abaixo indicadas, o Município da Trofa - Rua das Indústrias, nº 393, 4786-909, Trofa, informa o titular dos dados do seguinte:</p> <p>a) A finalidade do tratamento dos dados pessoais é a prestação de tratamentos médicos e cumprimento de obrigações legais subsequentes, na prossecução do respetivo interesse público;</p> <p>b) Os dados pessoais recolhidos serão somente conservados pelo tempo estritamente necessário ao cumprimento da finalidade e, adicionalmente, para cumprimento de obrigações legais.</p> <p>c) Os dados serão tratados por entidades terceiras/subcontratantes apenas por força de disposição legal ou por estrita necessidade de efetivação das finalidades referidas, ou no contexto da autorização abaixo requerida.</p> <p>d) O titular dos dados pode exercer os direitos previstos no referido RGPD, designadamente o direito de informação, de acesso, de retificação, de apagamento, de limitação do tratamento, de portabilidade, de oposição, de reclamação para autoridade de controlo - Comissão Nacional de Proteção de Dados, e de ser informado em caso de violação de dados, sem prejuízo das finalidades e prazos de conservação acima referidos. O Encarregado de Proteção de Dados do Município pode ser contactado através do email dpo@mun-trofa.pt;</p> <p>e) A comunicação dos dados pessoais recolhidos constitui, requisito de concretização da finalidade, pelo que o titular está obrigado a fornecê-los e a atualizá-los.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo o tratamento dos dados pessoais recolhidos, pelas entidades: Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E. (para avaliação das condições de candidatura) e CESPU - Parcerias, S.A. (para efetivação do serviço mediante contrato de subcontratação) nas condições acima indicadas.</p>

DOCUMENTOS INSTRUTÓRIOS
<input type="checkbox"/> Atestado(s) que confirmem residência no concelho nos últimos 3 anos e respetiva composição do agregado familiar (obrigatório).
<input type="checkbox"/> 1. Outros documentos que o requerente pretenda apresentar (facultativos): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1.1. <input type="checkbox"/> 1.2. <input type="checkbox"/> 1.3. <input type="checkbox"/> 1.4.

PEDE DEFERIMENTO				
Assinatura		Data	-	-

NOTAS				
O Técnico de Atendimento		Data	-	-