

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) _____,

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

Freguesia de _____, Concelho de _____ Distrito de _____

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

N.º Beneficiário *abem*: _____

2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [3]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [4]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino Masculino

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- b) Autorizo o tratamento pela Associação Dignitude dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sendo tais dados pessoais conservados pelo período de 10 (dez) anos após o fim de adesão ao Programa *abem*.
- c) A Associação Dignitude, enquanto responsável pelo tratamento, garante-me o direito de informação acerca do tratamento dos meus dados pessoais e ainda o direito a requerer, quando assim entenda, o acesso, a retificação, o apagamento, a limitação ou oposição ao tratamento e a portabilidade dos dados de que seja titular, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignitude (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra), sem prejuízo do direito que me é conferido de apresentar reclamação junto da autoridade competente em matéria de proteção de dados.
- d) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignitude e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- e) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.
- f) Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignitude facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- g) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignitude.
- h) Fui ainda informado que tenho o direito de retirar o consentimento (terminando assim a adesão ao Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento) em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

_____, ____/____/____

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) _____

(assinatura do beneficiário [2]) _____

(assinatura do beneficiário [3]) _____

(assinatura do beneficiário [4]) _____