



## PEDIDO DE EXERCÍCIO DE DIREITOS DOS TITULARES DE DADOS PESSOAIS

Este formulário deve ser utilizado por Utentes/ Titulares de Dados que desejem exercer os seus direitos face aos dados pessoais que estiverem a ser tratados pela Unidade Local de Saúde de Braga exceto em relação aos registos de saúde. Nestes casos, o acesso à informação clínica, é feito através do Gabinete de Acesso à Informação Clínica – GAIC, de acordo com o PRO.096 - *Acesso à Informação*.

As informações que fornecer ajudarão a Unidade Local de Saúde de Braga a confirmar a sua identidade e a localizar eventuais dados e condições que lhe digam respeito para posterior análise e resposta. Por favor, preencha o formulário abaixo:

### SECÇÃO A: Informações do Titular de Dados

#### 1. Identificação do Utente/ Titular de Dados:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Nome (completo): _____              |                       |
| Data de Nascimento __/__/____       |                       |
| Documento de Identificação Pessoal: |                       |
| <input type="checkbox"/>            | BI N.º: _____         |
| <input type="checkbox"/>            | C.C N.º: _____        |
| <input type="checkbox"/>            | Passaporte N.º: _____ |
| Nº Processo Clínico ULSB _____      | SNS N.º _____         |
| Residente em: _____                 |                       |
| Cód. Postal _____ - _____           | Localidade _____      |
| Contacto Telefónico: _____          | E-mail: _____         |

#### 2. Requerente em nome do titular de dados

(Preencher apenas caso o pedido não seja efetuado pelo utente)

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Nome (completo): _____              |                       |
| Data de Nascimento __/__/____       |                       |
| Documento de Identificação Pessoal: |                       |
| <input type="checkbox"/>            | BI N.º: _____         |
| <input type="checkbox"/>            | C.C N.º: _____        |
| <input type="checkbox"/>            | Passaporte N.º: _____ |



|  |
|--|
| Residente em: _____  |
| Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____   |
| Contacto Telefónico: _____ E-mail: _____   |
| Na qualidade de: <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/ União de Facto <input type="checkbox"/> Representante legal |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____  |

### SECÇÃO B: Prova da Identidade do Titular de Dados/ Requerente

Por forma a assegurar que a informação só é dada a pessoas que tenham direito a recebê-la, para que a Unidade Local de Saúde de Braga possa tratar do seu pedido, queira fornecer prova da sua identidade, juntamente com uma cópia preenchida do presente formulário. Uma lista de formas aceitáveis de identificação é fornecida abaixo.

Caso não seja o próprio titular dos dados, terá também de fornecer prova de identidade de que é um representante legal do titular dos dados para o exercício dos seus direitos, no âmbito dos artº 15º ao 22º do RGPD.

Formas aceitáveis de identificação - POR FAVOR, ENVIAR APENAS FOTOCÓPIA

Por favor forneça UM ou mais itens da Lista abaixo, de acordo com a disponibilidade de documentos que tiver:

- Cartão de Cidadão (que conste: fotografia, número de utente, NIF e endereço atual) ou;
- Cartão de Identidade emitido por um País da União Europeia ou;

Para Utentes oriundos de fora da União Europeia:

- Passaporte válido, juntamente com NIF, nº de Utente e Declaração de morada da junta de Freguesia ou;
- Autorização de Residência (que conste: fotografia, número de utente, NIF e endereço atual).

Para comprovação de legitimidade jurídica para exercer os direitos em nome de outrem:

- Procuração com poderes para o ato;
- Cartão de Cidadão, certidão de nascimento que comprove filiação, para o caso de responsável legal/pais de titulares de dados com menor idade civil (menores de 18 anos).



**1. Descrição do pedido em causa:**

Por favor, descreva as informações que presume que a Unidade Local de Saúde de Braga trata e o que pretende em relação às mesmas. Se puder ser específico sobre a informação que gostaria de obter, ajudar-nos-á a localizá-la (se a tivermos), bem como a enquadrar o seu pedido no respetivo direito ou fundamentar a nossa resposta. Se necessitarmos de mais detalhes sobre as informações que nos solicita, entraremos em contacto consigo.

**SECÇÃO C: Declaração do Titular de Dados**

Confirmo que a informação dada é verídica. Compreendo que a Unidade Local de Saúde de Braga possa vir a necessitar de mais detalhe para que possa dar resposta ao pedido.

Assinatura (digital com cartão de cidadão ou equivalente à do documento de identificação):

Assinatura (digital com cartão de cidadão ou equivalente à do documento de identificação):

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

O formulário deve ser preenchido, assinado e enviado junto com as fotocópias de identificação para o Encarregado da Proteção de Dados, através dos endereços abaixo indicados:

- **Postal (envio físico):** Unidade Local de Saúde de Braga, para a morada Sete Fontes – S. Victor, 4710-243 Braga, Portugal.
- **E-mail (envio digital):** [dpo@ulsb.min-saude.pt](mailto:dpo@ulsb.min-saude.pt) .

Os pedidos de acesso a dados pessoais não são cobrados, no entanto, a Unidade Local de Saúde de Braga E.P.E poderá exigir o pagamento de uma taxa razoável tendo em conta os custos administrativos (artº 15, n.º 3 do RGPD).

A Unidade Local de Saúde de Braga responderá em prazo legal definido de um mês a partir da data da receção do pedido, podendo ser prorrogado até 2 meses, quando necessário, tendo em conta a complexidade do pedido e a quantidade de pedidos existentes (nos termos do art. 12º, n.º 3 do RGPD).