Consentimento de partilha de dados e documentação pessoal

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da pessoa cuidada), titular do documento de identificação (BI / CC) n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ao abrigo do Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral de Proteção de Dados), autorizo:

a) A recolha de toda a minha informação pessoal, incluindo informação socioeconómica, familiar e de saúde necessária à avaliação da minha candidatura, no âmbito do Regime Jurídico de Apoio ao Cuidador Informal, gerido pelo Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal, através da Secretaria Regional da Solidariedade Social e da Secretaria Regional da Saúde;

b) A partilha da informação referida na alínea anterior com as Instituições e Entidades que desenvolvem a referida atuação junto do Regime Jurídico de Apoio ao Cuidador Informal;

Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_

Assinatura da pessoa cuidada

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do representante familiar ou legal da pessoa cuidada

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(A preencher em caso de não ser possível a assinatura por parte da pessoa cuidada)