

**CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (RGPD)**

**Nome:** {NOME\_PACIENTE}

**Data de Nascimento:** {DATA\_NASCIMENTO}

**Data:** {DATA\_ATUAL}

Nos termos do **Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (UE) 2016/679)**, autorizo o responsável técnico pela minha avaliação e acompanhamento clínico a **recolher, registar, tratar e arquivar os meus dados pessoais e de saúde**, para fins exclusivos de prestação de cuidados terapêuticos, gestão administrativa e cumprimento de obrigações legais.

**Declaro estar ciente de que:**

* Os meus dados serão tratados com **estrita confidencialidade**, não sendo partilhados com terceiros sem o meu consentimento expresso, salvo quando exigido por lei;
* Tenho o direito de **aceder, retificar, limitar, opor-me ou solicitar o apagamento dos meus dados**, mediante pedido escrito dirigido ao responsável pelo tratamento;
* Os dados poderão incluir: **identificação, contactos, informações clínicas, imagens (incluindo fotografias da íris), histórico terapêutico e anotações decorrentes das consultas**;
* Os meus dados serão **conservados apenas pelo período necessário** à finalidade para que foram recolhidos ou enquanto decorrer a relação terapêutica;
* Posso **retirar o meu consentimento para o tratamento dos dados a qualquer momento**, sem prejuízo da licitude do tratamento efetuado até à data da revogação.

Para qualquer dúvida sobre os meus direitos ou sobre o tratamento dos dados, posso **contactar diretamente o terapeuta responsável**.

**Autorizo expressamente o tratamento dos meus dados pessoais**, nos termos acima descritos.

{ASSINATURA\_PACIENTE} {ASSINATURA\_TERAPEUTA}

(área reservada) (área reservada)