



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**Recolha e Tratamento de Dados Pessoais**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nome do Encarregado(a) de Educação/Tutor(a) ou Representante Legal)

na qualidade de de Encarregado(a) de Educação/Tutor(a) ou Representante Legal, declaro que autorizo  
(risque a situação que não se aplica)

a recolha, tratamento e informatização dos dados pessoais ( clínicos, fiscais e bancários )  
referentes a \_\_\_\_\_ e respetivo agregado  
(nome do cliente)

familiar, nos termos da Lei nº. 67/98 de 26 de outubro – Lei da Proteção de Dados Pessoais.

Declaro saber que estes dados são confidenciais, podendo apenas ser disponibilizados a entidades competentes e autorizadas a aceder ao tipo de dados supra referidos.

Para o efeito, comprometo-me a proceder à atualização dos dados supracitados, sempre que ocorram alterações.

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

(Encarregado(a) de Educação/Tutor(a) ou Representante Legal)