

Exmo. Responsável pelo Acesso à Informação,

Eu, _____ (nome completo),

nascido(a) a ____/____/____, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão/ Passaporte/Título de

Residência n.º _____, com o n.º utente _____,

declaro que autorizo _____(nome

completo), nascido(a) a ____/____/____, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de

Cidadão/Passaporte/Título de Residência n.º _____, na qualidade de

_____, nos termos dos art.ºs 6.º, n.º 5, al. a) ¹, e 7.º, n.º 3 ², da Lei n.º

26/2016, de 22 de agosto, a aceder à informação clínica constante dos meus processos clínicos, físico e

eletrónico, na posse do Hospital da Horta, E.P.E.R.,

nomeadamente, _____

necessária para fins de: _____

Por corresponder à minha vontade, de modo informado, livre e esclarecido, vou nesta data assinar.

_____, ____ de _____ de _____.

O(A) Declarante,

(Assinatura, conforme o documento de identificação pessoal)

Nota: Deve preencher o nome completo, assinalar o tipo de documento de identificação pessoal e indicar com o maior detalhe possível quais os exames/relatórios/outros, especialidade e período pretendido para que seja possível facultar a documentação pretendida da melhor forma.

1 "Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos: a) Se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder;"

2 "No caso de acesso por terceiros mediante consentimento do titular dos dados, deve ser comunicada apenas a informação expressamente abrangida pelo instrumento de consentimento."