

Considerando os dados pessoais recolhidos e sujeitos a tratamento pela vossa entidade, nos termos dos artigos 15.º (direito de acesso do titular dos dados), do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016, nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, ou do n.º 5 do artigo 6.º da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, venho por este meio, exercer o direito de acesso à seguinte informação através de requerimento ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) de acordo com artigo 9.º do referido diploma legal.

A PREENCHER PELO FUNCIONÁRIO(A) QUE RECEBE O PEDIDO

Nº Registo: _____

Datas: Entrada ____/____/____

Saída/ envio ____/____/____

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS

Nome completo: _____

N.º Documento de Identificação (BI/CC/Outro): _____

Data de Nascimento: _____ Processo nº _____

2 - PARA DAR CUMPRIMENTO AO DIREITO POR MIM EXERCIDO DOU EXPRESSAMENTE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DOS MEUS CONTACTOS: Autorizo o envio por correio registado para a morada: _____ Código Postal: _____ Autorizo o envio por e-mail: _____ Autorizo a utilização do meu contacto telefónico nº _____ para aviso de levantamento da documentação ou contacto no âmbito deste pedido. Não autorizo a utilização do meu contacto telefónico.**3 - TIPO DE INFORMAÇÃO REQUERIDA:** Relatório Médico Relatório-Outro: _____ Cópia de Análises Clínicas Fotocópias de Registos Clínicos CD de Exames Imagiológicos Cópia de Relatório de Exames Imagiológicos Cópia de Outro Exame: _____ Episódio(s) na Urgência Episódio(s) no Internamento Episódio(s) de Cirurgia(s) Certificado de óbito sem causa Certificado de óbito com causa Outro tipo de Informação: _____

4 - PEDIDO DE INFORMAÇÃO E CONTEXTO (consulta, internamento, urgência, exames e indique se possível: médico, especialidade e período temporal – dia, mês, ano):

5 - FINALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA/RELATÓRIO MÉDICO (Atestado multiuso, Seguro, Junta Médica, Reforma, Outros):

6 - INTERMEDIACÃO MEDICA (por decisão **opcional** do próprio titular)

Por meu interesse e ao abrigo do art.º 7 da Lei n.º 26/2016, indico para efeitos de intermediação:

Médico(a) Dr.(a): _____ Cédula Prof: _____

Com o domicílio sito na: _____

Informação sobre Tratamento de Dados Pessoais:

Os dados pessoais recolhidos são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção dos Dados Pessoais (RGPD) e pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que executa na ordem jurídica nacional o RGPD, e restante legislação nacional em vigor e aplicável ao acesso à informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Hospital da Horta EPER, e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de exercício dos direitos do titular dos dados, não integrando o processo clínico do titular. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo máximo de 10 anos.

De acordo com a legislação, o titular e o requerente poderão ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informação sobre o seu tratamento, retificá-lo, limitar o seu tratamento, opor-se ao seu tratamento, impedir o seu tratamento por meios automatizados, requerer a portabilidade dos seus dados ou requerer o seu apagamento, através do endereço eletrónico: DPO.HH@azores.gov.pt ou do endereço postal: Hospital da Horta EPER, Estrada Príncipe Alberto do Mónaco, 9900-038 Horta.

Para mais informações pode consultar a Política de Privacidade de Dados Pessoais do HH ou solicitar uma cópia na Receção do HH.

Nota 1: O requerente deverá apresentar o seu documento de identificação, para que se possa realizar a verificação da assinatura e respetivos dados de identificação. Quando o pedido é efetuado por **via eletrónica**, o titular ou requerente pode **fazer assinatura digital** qualificada (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITAL-QUALIFICADA>) ou, pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com **manifestação expressa do seu consentimento**, para efeitos de conferência de identidade, **anexar cópia do documento de identificação pessoal** para o e-mail hh.rececao@azores.gov.pt. Neste caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo de se poder vir a solicitar que seja exibido o original. Poderá, ainda, **posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito na Receção do Hospital.

Nota 2: Nos termos do n.º 5 do art.º 6º da Lei 26/2016, de 22 de agosto, com as suas respetivas alterações, “Um terceiro só tem direito a 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; b) Se demonstrar fundamentalmente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação, no quadro do princípio da proporcionalidade, de todos os direitos fundamentais em presença e do princípio da administração aberta, que justifique o acesso à informação.”.

Nota 3: Nos termos do n.º 2 do art.º 7º da Lei 26/2016, de 22 de agosto, com as suas respetivas alterações, “Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermédio de médico.”.

Nota 4: No caso deste requerimento consubstanciar um pedido subsequente, poderão ser cobrados custos administrativos referentes às cópias (n.º 3 do art.º 15º, RGPD).

7 - ASSINATURA DO TITULAR DOS DADOS

_____, ____ de _____ de _____

(conforme documento de identificação pessoal ou assinatura digital qualificada)

A PREENCHER PELO FUNCIONARIO(A) QUE RECEBE O PEDIDO

Rececionei o presente requerimento e comprovei a identidade do titular dos dados através do respetivo documento de identificação pessoal apresentado.

Recebido por: _____

Nº. Mecanográfico: _____ Data: ____/____/____ Nº Registo _____

Despacho do RAI:

_____**8 – COMPROVATIVO DE ENTREGA DO PEDIDO****A PREENCHER PELO FUNCIONARIO(A) QUE ENTREGA/ENVIA O PEDIDO**

Enviado/Entregue por: _____

Nº. Mecanográfico: _____ Data: ____/____/____ Nº Registo _____

Comprovativo de entrega presencial (a preencher por quem recebe o pedido)

Recebi os documentos solicitados em ____/____/____ Assinatura: _____

INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

Os pedidos são formulados através do preenchimento de forma legível e assinatura do modelo de requerimento disponibilizado pela Receção do HH e disponível na Intranet do HH.

Devem ser indicados, 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. Devem ser indicados os dados de contacto necessários para a entrega da documentação solicitada, podendo ser entregue em mão na Receção, remetidos por via postal ou por via eletrónica por e-mail, conforme indicado pelo titular.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO

Presencial, por escrito (preferencial): Deve dirigir-se a Receção do HH, na entrada principal do HH, sito Estrada Príncipe Alberto do Mónaco – 9900-038 Horta e preencher o formulário do requerimento e apresentar o seu documento de identificação, para conferência da identidade e assinatura.

Presencial, com assinatura a rogo: Deve dirigir-se a Receção do HH, expressar verbalmente o seu pedido e apresentar documento de identificação com a indicação “Não sabe assinar” ou “Não pode assinar”. Se não sabe assinar, é exigível que venha assinado por outrem a seu rogo, devendo o rogo “ser dado ou confirmado perante notário, depois de lido o documento ao rogante”.

Não Presencial, por via eletrónica, para o e-mail: hh.rececao@azores.gov.pt, o titular ou requisitante pode fazer assinatura qualificada (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITALQUALIFICADA>) ou, pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com manifestação expressa do seu consentimento, para efeitos de conferência de identidade, anexar cópia do documento de identificação pessoal. Neste caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo do RAI poder vir a solicitar que seja exibido o original. Poderá, ainda, posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal com deslocação para o efeito à Receção do HH.

Não Presencial, por via postal: enviar carta registada para a morada: Estrada Príncipe Alberto do Mónaco – 9900-038 Horta endereçando à Receção, após preenchimento do formulário do requerimento, assinado, juntando os documentos anexos necessários e pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com manifestação expressa do seu consentimento, para efeitos de conferência de identidade, anexar cópia do documento de identificação pessoal. Neste caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo do RAI poder vir a solicitar que seja exibido o original. Poderá, ainda, posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal com deslocação para o efeito à Receção.