

A preencher pela ACS

Local Atendimento: **1. DADOS DO BENEFICIÁRIO/ CLIENTE (obrigatório)**Nome: Nº Beneficiário/ NIF dos dados solicitados: **2. INDIQUE O(S) SERVIÇO(S) A QUE DIZ RESPEITO ESTE PEDIDO (obrigatório)**Beneficiário de Plano de Saúde:  Nº beneficiário (se não indicou em cima) \_\_\_\_\_Utilizador de Centros Clínicos:  Saúde no Trabalho **3. CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO (obrigatório)**

Selecione em baixo o direito que pretende exercer / pedido a realizar. Consoante a sua opção, preencha a secção correspondente que se segue.

Direito de Acesso (3.1):  Direito de Retificação (3.2): Direito de Portabilidade (3.3):  Direito de Apagamento (esquecimento) (3.4): Direito de retirada de consentimento e outros direitos indicados no RGPD (3.4): **3.1. DIREITO DE ACESSO**

De acordo com a legislação em vigor tem o direito de obter a confirmação do tratamento dos seus dados pessoais e de aceder aos mesmos. Por favor identifique infra o seu pedido e preencha os seguintes dados

**Indique os dados a considerar para este pedido:****Indique a forma de envio dos dados solicitados:**E-mail:  Morada:    
Em mão:  Nº telemóvel (agendar recolha)





### **direitos dos titulares de dados pessoais**

Entregue este pedido num dos Locais de Atendimento Presencial da ACS, ou envie este pedido, assim como a fotocópia do documento de identificação de quem assina e demais documentos de apoio aplicáveis por e-mail: [privacidade.acs@altice.pt](mailto:privacidade.acs@altice.pt) ou por correio: Av. Fontes Pereira de Melo, nº40 1069-300 Lisboa.

#### Documentação de suporte (a validar pela ACS)

- i. Próprio: deve apresentar/enviar (se o pedido foi enviado e-mail/carta) identificação válida
  - ii. Representante legal (menor 18 anos): deve apresentar/enviar comprovativo da representação legal como:
    - (1) Tutor;
    - (2) Pai/Mãe;
    - (3) Titular do poder paternal.
  - iii. Representante (maior de 18 anos) deve entregar/enviar:
    - (1) Autorização para realizar o pedido, assinada pelo titular conforme BI/CC e fotocópia deste.
    - (2) Atestado de incapacidade do titular dos dados.
- Documentação complementar:
- (1) [Ficha de Dados Pessoais Centros Clínicos](#)
  - (2) [Ficha de Dados Pessoais Beneficiários](#)