

Documento de Autorização

Do/a Encarregado/a de Educação do Menor

Dados de Identificação:

Nome do/a menor: _____

B.I./Cartão de Cidadão nº _____ Data ___/___/___ Arq. Id. _____

Data de Nascimento ___/___/___ Email: _____

Morada: Rua/Av _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefones de contacto _____

Eu _____, na qualidade de encarregado/a de educação do menor _____

_____ Declaro estar devidamente informado sobre o uso e recolha dos dados que atrás forneço; e declaro que autorizo o/a meu/minha educando/a, atrás identificado/a, a participar no projeto e na atividade _____, que conheço, com data de início ___/___/___ e com data de fim ___/___/___ no local de _____.

Declaro ainda, para os devidos efeitos legais, que _____ (autorizo/ não autorizo) a utilização das fotografias e imagens do meu educando/a captadas durante a atividade. Estas referidas imagens e fotografias poderão ser utilizadas no âmbito de qualquer iniciativa ou ação de publicidade da Pastoral Juvenil e Vocacional promovidas pela Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, pela Ordem Hospitaleira de São João de Deus e pela Juventude Hospitaleira, renunciando desde já a quaisquer direitos ou compensação que desta utilização possa resultar no futuro. Informamos, desde já, que valorizamos e atribuímos a máxima importância à confiança, pelo que garantimos que os dados pessoais se encontram em segurança e são processados com total privacidade, de acordo com a Política de Privacidade dos referidos Institutos Religiosos, publicada pelos mesmos. Privacidade, confidencialidade e transparência são três elementos fulcrais nas relações que estabelecemos

Assinatura _____, ___/___/___

Juventude Hospitaleira

Sede: Rua S. Tomás de Aquino, 20, 1600-871 Lisboa

sede@juventudehospitaleira.org

www.juventudehospitaleira.org

Tel. 217 213 300

www.isjd.pt

www.irmashospitaleiras.pt