**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do utente** | |
| **Nome:** | |
| **Morada:** | |
| **Código postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Localidade:** |
| **Telf.** | **Tm.** |
| **E-mail:** | **Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NIF:** | **Nº CC/BI:** |
| **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do representante legal do utente** (se for caso disso) | |
| **Nome:** | |
| **Morada:** | |
| **Código postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Localidade:** |
| **Telf.** | **Tm.** |
| **E-mail:** | **Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NIF:** | **Nº CC/BI:** |
| **Nacionalidade:** | **Naturalidade:** |

|  |
| --- |
| **Motivo do pedido:** (principal queixa que motiva a procura de ajuda psicológica) |
|  |
| **Encaminhado por:** (identificação da pessoa responsável pelo encaminhamento para a consulta de psicologia) |
|  |

**Zona reservada a preencher pela Santa Casa da Misericórdia de Sintra**

|  |  |
| --- | --- |
| **Processo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Data da inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Data da 1ª consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Psicólogo responsável:** |

**AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS – DEP. PSICOLOGIA**

No âmbito da prestação de cuidados psicológicos por parte do Departamento de Psicologia da SCMS, são recolhidos e arquivados dados pessoais. **Neste contexto, com vista ao cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados, vimos informar e solicitar autorização para tratamento dos seus dados pessoais.**

1. Finalidade e legitimidade: a recolha de dados pessoais pela SCMS é legítima, já que é necessária à inscrição para consultas de psicologia.

2. Responsável pelo tratamento de dados: (informatização, tratamento e arquivo): Isabel Castelo, psicóloga, [isabel.castelo@misericordiadesintra.pt](mailto:isabel.castelo@misericordiadesintra.pt), T. 21 923 92 70.

No âmbito de procedimentos administrativos e de faturação, estão autorizados a consultar e tratar os dados de identificação do utente, o psicólogo, a diretora e a técnica administrativa do departamento de psicologia e os colaboradores da Contabilidade e Tesouraria. Relativamente aos dados a saúde mental, somente os psicólogos estão autorizados a consultar e tratar. Os colaboradores estão obrigados ao sigilo profissional, não podendo divulgar ou ceder os dados a terceiros, sem autorização prévia do utente.

3. Consulta, retificação e eliminação:

a) O processo do utente, respetivos relatórios, resultados de provas psicológicas e outros documentos individuais, serão arquivados em local reservado no departamento de Psicologia.

b) O titular dos dados tem direito a consultar, atualizar, retificar, limitar, ou eliminar os seus dados, gratuitamente e em qualquer momento, exceto nos casos em que a legislação imponha a conservação dos dados. Tem ainda direito à portabilidade dos dados, de se opor ao tratamento e de reclamar junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Para exercer qualquer um destes direitos deverá contactar o Responsável pelo tratamento de dados da SCMS.

 5. Prazo de conservação: o processo do utente será arquivado durante a permanência do utente na Instituição e, após a sua saída, no prazo máximo de 10 anos.

6. Confidencialidade: a SCMS garante a confidencialidade e sigilo profissional sobre os dados recolhidos, cedendo apenas os dados respeitantes ao cumprimento de processos legais, em resposta a solicitações decorrentes de processos judiciais ou de tribunais. Os dados só serão cedidos a entidades externas mediante autorização prévia do utente. Porém, considerando o supremo interesse do utente, ou perante situações eminentes de perigo para o próprio ou outros, poderá ser necessário a transmissão de informação considerada confidencial sobre o utente.

7. Segurança: adotamos medidas para a proteção dos dados pessoais arquivados contra perda, destruição, acesso indevido, alteração ou divulgação.

**Tendo lido e compreendido este documento autorizo a recolha, tratamento e conservação dos meus dados pessoais para o(s) seguinte(s) fim/fins:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Para envio de informações relacionadas com as consultas de Psicologia** | **Para divulgação de eventos da SCMS e envio da Newsletter.** |
| Assinatura:  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura:  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |