

1. CANDIDATURA A UM DESEJO

Dados da criança:		Data:
Nome:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Doença:	Desejo da Criança:	
Data de Nascimento:	Idade:	Língua Materna:
Telefone de Casa:	Já realizou algum desejo?	
Mobilidade: <input type="checkbox"/> Autónoma <input type="checkbox"/> Reduzida	Obs:	
Verbalização: <input type="checkbox"/> Perceptível <input type="checkbox"/> Pouco Perceptível <input type="checkbox"/> Língua Gestual		
Pai / Titular do Poder Paternal:		
Morada:		
Telemóvel:	E-mail:	
Mãe / Titular do Poder Paternal:		
Morada:		
Telemóvel:	E-mail:	

Dados do Médico Assistente:	
Nome do médico assistente da criança:	Telefone:
E-mail:	Centro de cuidados médicos (nome do Hospital, Clínica.):
A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE E INDICAR A SUA DECISÃO NO CAMPO APROPRIADO.	
Doença da criança:	
Complexidade Gravidade e/ou complicações	
Existe prazo ou urgência médica para a realização do desejo?	
<input type="checkbox"/> O médico certifica que as condições 1 ou 2 abaixo mencionadas são aplicáveis. <ol style="list-style-type: none"> O médico conhece a condição clínica da Criança a quem foi diagnosticada, no momento da candidatura, uma das doenças constante na Lista Médica anexa. O médico conhece a condição clínica da Criança a quem foi diagnosticada, no momento da candidatura, outra doença que ponha a sua vida em risco. <p>O médico identificou as seguintes restrições e necessidades médicas a ter em consideração na eventual realização do desejo da Criança:</p>	
<input type="checkbox"/> O médico conhece a condição médica do paciente e certifica que este <u>não está clinicamente apto a participar</u> .	
(Local e data)	(Assinatura do Médico e vinheta identificativa ou carimbo do Médico)
Nota:	

1. CANDIDATURA A UM DESEJO

1. A Make-A-Wish não realiza desejos relacionados com oferta direta de dinheiro, serviços, tratamentos ou equipamento médico.
2. Mediante o tipo de desejo, poderá ser necessário a aprovação da Direção.

Autorização de tratamento de dados pelos Pais/Titular(es) do Poder Paternal:

O(s) signatário(s) declara(m), expressamente:

1. Que é (são) o(s) único(s) titular(es) do poder paternal sobre a criança acima identificada;
2. Que autoriza(m) o médico a remeter à Fundação Realizar Um Desejo o presente formulário devidamente preenchido, inclusivamente com os dados referentes à saúde da Criança acima identificada, tendo em vista a obtenção da necessária informação para a candidatura ou realização de um desejo. Mais autoriza o Médico, numa fase posterior e se for caso disso, a confirmar à Fundação Realizar Um Desejo se a Criança se encontra (ou não) com as necessárias condições de saúde para realizar um determinado desejo concreto assim como as restrições e necessidades médicas a ter em consideração na eventual realização desse mesmo desejo concreto;
3. Mais declara(m), para os efeitos previstos no artigo 9.º, n. 2, a) e d) do Regulamento Geral de Proteção de Dados, autorizar a Fundação Realizar Um Desejo, tendo em vista a candidatura ou a realização de um desejo e procedimentos subsequentes, a proceder ao tratamento (recolha, registo, consulta e conservação) de todos os dados constantes do presente formulário, inclusivamente a categoria especial de dados referentes à saúde da criança acima identificada;
4. Fica(m) ciente(s), que:
 - i) Os dados pessoais são objeto de um tratamento lícito, leal e transparente;
 - ii) A Fundação Realizar Um Desejo é a entidade responsável pelo presente tratamento de dados;
 - iii) O tratamento dos presentes dados é efetuado tendo em vista a candidatura ou a realização de um desejo e procedimentos subsequentes;
 - iv) Os dados são adequados, pertinentes e limitados ao que é necessário relativamente às finalidades para as quais são tratados;
 - v) Os destinatários dos presentes dados são a Fundação Realizar Um Desejo assim como a equipa de voluntários da Fundação Realizar Um Desejo adstrita à realização do desejo;
 - vi) Os campos de preenchimento facultativo do presente formulário encontram-se devidamente assinalados;
 - vii) Que pode(m) na sua qualidade de representante(s) legal(is) da criança acima identificada aceder à informação, dizendo respeito a esta e solicitar também a sua retificação, limitação, portabilidade, oposição e eliminação por escrito, junto da Fundação ou através do seguinte e-mail info@makeawish.pt;
 - viii) Conservar os dados pessoais apenas durante o período necessário para as finalidades para as quais são tratados;
 - ix) Se, no decorrer da finalidade enunciada houver transferência de dados pessoais para fora da UE, a Make a Wish compromete-se a assegurar que a transferência observa as disposições legais aplicáveis, nomeadamente quanto à determinação da adequabilidade de tal país no que respeita a proteção de dados e aos requisitos aplicáveis a tais transferências.
5. A Make a Wish compromete-se a que os dados pessoais serão tratados de uma forma que garanta a sua segurança, incluindo a proteção contra o seu tratamento não autorizado ou ilícito e contra a sua perda, destruição ou danificação accidental, adotando as medidas técnicas ou organizativas adequadas.
6. Se tiver alguma questão ou reclamação relacionada, por favor consulte a Política de Privacidade que consta no website ou pode fazê-lo através de email para o info@makeawish.pt.

Assinatura do Pai/Titular do Poder Paternal (conforme Bilhete de Identidade):

Local: _____ Data: _____

Assinatura da Mãe/Titular do Poder Paternal (conforme Bilhete de Identidade):

Local: _____ Data: _____

Outros membros do Agregado Familiar

Nome	Apelido	Data de Nascimento	Relação com a Criança