

1. CANDIDATURA A UM DESEJO

Todos os campos são de preenchimento obrigatório, e com letra maiúscula.

Dados da criança/jovem:		
Nome:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
Data de Nascimento:	Idade:	Língua Materna:
Telefone casa:	Já realizou algum desejo?	Observações:
Mãe / Titular do Poder Paternal:		
Morada:	Código Postal:	
Telemóvel:	E-mail:	
Pai / Titular do Poder Paternal:		
Morada:	Código Postal:	
Telemóvel:	E-mail:	

Dados do Médico Assistente:		
Nome do médico assistente da criança/jovem:		
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:		
Existe prazo ou urgência médica para a realização do desejo?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Prazo de realização:
Mobilidade: <input type="checkbox"/> Autónoma <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> Inexistente	Audição: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Inexistente	
Verbalização: <input type="checkbox"/> Perceptível <input type="checkbox"/> Pouco Perceptível <input type="checkbox"/> Língua Gestual	Visão: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> Não Visual	
Outras limitações/observações:		
O médico conhece a condição clínica da Criança a quem foi diagnosticada, à data da candidatura, uma das doenças constante na Lista Médica da Make-A-Wish.		
(Local e data)	(Assinatura do Médico e vinheta identificativa ou carimbo do Hospital)	

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 da Make-A-Wish.

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 autorizam 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(ais) 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