Make-A-Wish PORTUGAL

1. CANDIDATURA A UM DESEJO

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

Dados da criança/jovem:

Nome: ☐ Masculino ☐ 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:

Complexidade | Gravidade e/ ou complicações | Comorbilidades | Prognóstico:

Existe prazo ou urgência médica para a realização do desejo? Não ☐ Sim ☐ Prazo de realização:

Mobilidade: ☐ Autónoma ☐ Reduzida ☐ Inexistente **Audição:** ☐ Total ☐ Parcial ☐ Inexistente

Verbalização: ☐ Perceptível ☐ Pouco Perceptível ☐ Língua Gestual **Visão:** ☐ Total ☐ Reduzida ☐ 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)

Av. José Malhoa, Nº 27, r/c
1070-157 Lisboa
Portugal

T. +351 213 562 082

www.makeawish.pt
pedirdesejo@makeawish.pt

Make-A-Wish
PORTUGAL

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 acidental, 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