

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A área de intervenção na promoção da saúde em contexto escolar, implementada pela Direção Regional da Saúde em parceria com a Direção Regional da Educação, é uma área de educação para a saúde que tem vindo a contribuir para a elevação do nível educacional e de saúde da comunidade escolar.

A nível regional, o Decreto Legislativo Regional nº 8/2012ª de 16 de março e a Portaria nº105/2012 de 12 de outubro, estabelecem o regime da educação para a saúde e as orientações para o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudável em meio escolar.

Ao aceitar a Política de Privacidade, está a autorizar a Equipa de Saúde Escolar (Escola/Unidade de Saúde da Ilha Terceira), a proceder ao tratamento dos dados pessoais do seu educando de acordo com a Lei n.º 58/2019 publicada em DR Nº1514- 1ª Serie de 8 de agosto e Deliberação N.º 1495/2016 (n.ºs 2 a 4 do artigo 7.º da LPDP).

Declara:

- Aceitar e consentir que os dados pessoais do seu educando sejam transmitidos a outras entidades públicas, nomeadamente Unidade de Saúde da Ilha Terceira (USIT) e Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT), exclusivamente para fins legais e no exercício das atribuições e competências previstas no âmbito da legislação supramencionada;
- Tomar conhecimento que os dados pessoais do seu educando serão guardados pelo período de tempo fixado em lei, regulamento ou o estritamente necessário às finalidades para que foram recolhidos;
- Tomar conhecimento que, nos termos da legislação aplicável, é garantido, a todo o tempo, o exercício dos direitos de acesso, retificação, atualização e eliminação dos dados pessoais do/a seu/sua educando/a, podendo ainda opor-se ao tratamento dos mesmos mediante pedido escrito dirigido à Unidade Orgânica frequentada pelo do/a seu/sua educando/a, bem como do direito de apresentar queixa junto Comissão Nacional de Proteção de Dados através do Website www.cnpd.pt;
- Tomar conhecimento sobre o regime Regional da Educação para a Saúde e as respetivas orientações para o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudável em meio escolar que se encontra explanado no Decreto Legislativo Regional nº 8/2012ª de 16 de março e a Portaria nº 105/2012 de 12 de outubro;
- Prestar o presente consentimento de forma livre e voluntária;
- Estar ciente que o tratamento dos dados é necessário ao exercício das funções de interesse público sobre o/a seu/sua educando/a que incumbem à Equipa de Saúde Escolar (Escola/USIT), sendo realizado em conformidade com as respetivas obrigações jurídicas previstas na lei visando ganhos em saúde.

Tomei conhecimento.

Autorizar a participação nos Rastreios, sempre que prevista a sua realização:

Rastreio de Saúde Oral:	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo
Rastreio da Visão:	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo
Rastreio de Audiologia:	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo
Rastreio de Índice de Massa Corporal (IMC):	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo
Rastreio de Tensão Arterial:	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo
Rastreio de Alteração Postural:	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo
Rastreio de Alterações Cardiorrespiratórias:	<input type="checkbox"/>	Autorizo	<input type="checkbox"/>	Não Autorizo

Autorizar a participação nos Gabinetes de Apoio à Promoção da Saúde (GAPS), sempre que prevista a sua realização na qual é contemplado o atendimento por um técnico que integre a Equipe de Saúde Escolar (ESE) da USIT, nomeadamente Psicologia, Medicina Geral e Familiar, Fisioterapia, Cardiopneumologia, Nutrição, Planeamento Familiar e Saúde Oral. Devendo o Encarregado de Educação/o discente ou o Diretor de Turma, proceder à inscrição prévia nas datas definidas para o ano letivo correspondente.

Autorizo Não Autorizo

Autorizar a participação nas atividades promovidas no âmbito da Saúde Escolar, de acordo com as temáticas definidas na legislação supramencionada em contexto escolar, realizadas por profissionais, professores ou outros elementos devidamente qualificados.

Autorizo Não Autorizo

Aceitar e consentir que se proceda à fotografia e à filmagem de eventos, projetos ou atividades escolares, destinadas à divulgação destas iniciativas e nos quais participe o/a seu/sua educando/a.

Autorizo Não Autorizo

- Pode contactar, por escrito ou telefonicamente, por forma a obter os esclarecimentos que julgue necessários, relativos a políticas e procedimentos adotados, através do endereço de correio eletrónico: saudeescolar.cspv@azores.gov.pt.

O/a Aluno/a _____

Ano/ Turma _____ Data _____

O/a Encarregado/a de Educação _____

O/a Aluno/a, se maior de idade _____