



Serviços Académicos

TESTE À COVID-19 | Teste de Diagnóstico

CONSENTIMENTO DE DADOS PESSOAIS

MODELO

X-001

Ano Letivo:

____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome completo: _____

Morada completa: _____

Código Postal: _____ - _____ Concelho: _____

n.º: _____ N.º de Identificação Fiscal: _____

N.º de Utente do Serviço Nacional de Saúde: _____ Data de Nascimento: _____

E-mail: _____ Telemóvel: _____

2. INFORMAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO

Grau: *Licenciatura*
Mestrado Integrado
Mestrado
Doutoramento
Pós-Graduação
Curso Preparatório
UC Isoladas

Nome do Curso: _____

Número de Aluno: _____

Ano de Inscrição: _____

3. TESTE COVID-19

Motivo para a realização do Teste COVID-19:

Tipo de Teste a realizar:

Teste de diagnóstico - 40€

4. O REQUERENTE

Data:

Assinatura do aluno conforme documento de identificação:

5. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Para efeitos da recolha e análise dos resultados aos testes à covid19, declaro que tomei conhecimento da Política de Privacidade e de Proteção de Dados da Universidade de Évora e que concordo com o tratamento dos meus dados, nos termos constantes do presente, e que autorizo a sua recolha, com o fim de dar a conhecer às autoridades de saúde da DGS, às entidades que asseguram o pagamento dos testes dos seus funcionários e a todas as pessoas individuais, conforme a situação, os resultados dos testes; bem como para efeitos de faturação.