

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu \_\_\_\_\_, portador/a do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, com data de validade \_\_\_\_\_, declaro para os efeitos previstos no disposto no artigo 13º de Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral de Proteção de Dados), prestar, por este meio, o meu consentimento para que o Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM e/ou Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) com acordo de cooperação ou outra indicada pelo ISSM, IP-RAM, e o Instituto de Informática, IP, tratem as informações e os dados pessoais por mim fornecidos, em ficheiros de dados pessoais, informatizados ou manuais ou ainda por forma verbal, no âmbito do atendimento / encaminhamento / acompanhamento, por parte do Departamento de Ação Social do ISSM, IP-RAM.

Autorizo ainda, para o mesmo fim, a partilha de informação que ateste a situação socioeconómica do meu agregado familiar, pelo ISSM, IP-RAM.

Tomo conhecimento que os dados por mim fornecidos serão objeto de comunicação entre o Sistema de Informação da Segurança Social (SISS), Instituto de Informática, IP e/ou o Sistema de Informação do Fundo Europeu de Auxílio aos Mais Carenciados (SI FEAC), sistema responsável pela gestão global do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas (PO APMC).

Tomo ainda conhecimento de que será assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais por mim fornecidos, com garantia de privacidade e não discriminação, podendo aceder e retificar os mesmos, sempre que tal se justifique.

Declaro ainda, para os devidos efeitos, ter sido devidamente informado/a de todas as obrigações e responsabilidades inerentes à autorização proferida.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Assinatura conforme documento de identificação)

Nome e relação do/a declarante com o/a destinatário/a caso não seja o/a próprio/a a efetuar a declaração por incapacidade e/ou menoridade:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NISS do/a declarante: \_\_\_\_\_

*Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins. Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações de acordo com a Política de Proteção de Dados do ISSM, IP-RAM, acessível no Portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)*