

Operação Gondomar Cuida – Rede de Apoio ao Descanso do Cuidador
Termo de Responsabilidade

Identificação do Cuidador Informal / Responsável:

Nome: _____ Nacionalidade: _____

Local de Nascimento: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada:

Rua: _____ N.º: _____ Andar: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

Documento de Identificação: BI/CC/AR N.º: _____ Validade: ____ / ____ / ____

1. Declara que tomou conhecimento do Regulamento da Operação Gondomar Cuida e, responsabiliza-se pelo/a pessoa cuidada infra, no que respeita às condições de estadia, na Unidade de Saúde Privada, no âmbito da Operação Gondomar Cuida;
2. Declara ainda, assumir a responsabilidade dos cuidados da pessoa cuidada, após o término do período programado, de estadia na Unidade de Saúde Privada;
3. Para os efeitos previstos no número anterior, a não retirada da pessoa cuidada, após a estadia, implica ao Cuidador Informal/Responsável, a responsabilidade financeira de todas as despesas, a partir daquela data, com a Unidade de Saúde Privada;
4. Os dados pessoais são tratados exclusivamente para as finalidades acima indicadas e conservados pelo período estritamente necessário à prossecução das mesmas.

No âmbito do tratamento dos seus dados pessoais o Município de Gondomar, em consonância com a entidade prestadora de serviços salvaguarda que:

- a) Utiliza um conjunto de tecnologias, ferramentas e procedimentos de segurança, desenvolvendo os melhores esforços para proteger os dados pessoais do acesso, uso ou divulgação não autorizados;
- b) Assegura a confidencialidade dos dados pessoais recolhidos dos/as candidatos/as sem prejuízo dos demais deveres que resultem da lei ou de outros atos normativos, em matéria de proteção de dados pessoais;
- c) Os dados pessoais recolhidos serão de acesso limitado ao Município de Gondomar e da entidade prestadora de serviços, no exercício das suas funções e com a estreita finalidade de

prossecução dos objetivos para os quais os dados pessoais foram recolhidos, ou para finalidades compatíveis com o(s) propósito(s) inicial(is).

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA CUIDADA:

Nome: _____ Nacionalidade: _____

Nº de Utente: _____ Sexo: M ☐ F ☐

B.I./C.C./A.R. – Nº: _____ Data de Validade: ____/____/____

Local de Nascimento: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Assinatura Cuidador/Responsável