

Autorização de Acesso a Terceiros

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA,

EU, _____

(NOME), RESIDENTE EM _____

(MORADA), _____ - _____ (CÓDIGO POSTAL), _____

(LOCALIDADE), _____ (TELEFONE /TELEMÓVEL), COM DATA DE NASCIMENTO EM ____ /

____ / _____, PORTADOR DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º _____,

AUTORIZO _____

(NOME), PORTADOR DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º _____, A

SOLICITAR E/OU RECOLHER A INFORMAÇÃO CLÍNICA REQUERIDA POR MIM EM _____ (DATA) AO

GABINETE DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA.

EM ANEXO, JUNTO O MEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

PEDE DEFERIMENTO,

VILA FRANCA DE XIRA, ____ / ____ / _____

**ASSINATURA CONFORME O DOCUMENTO DE
IDENTIFICAÇÃO:**