

JORNADAS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Um Serviço, várias especialidades

Ficha de Inscrição

Nome: _____
E-mail: _____
Estudante: _____
Profissional: _____

Dados para emissão de recibo

Nome/Empresa: _____
NIF: _____
Morada: _____

INSCRIÇÃO

Até 15 de maio

Profissionais de saúde: 40€
Estudantes de saúde (licenciatura e/ou mestrado comprovados): 30€
Profissionais CHPL: 25€
WORKSHOP*: 15€

Após 15 de maio

Profissionais de saúde: 50€
Estudantes de saúde (licenciatura e/ou mestrado comprovados): 30€
Profissionais CHPL: 25€
WORKSHOP*: 20€

***Workshop**: só é possível realizar um *workshop*.

Por favor indique a sua ordem de preferência:

I	Diversidade de Género	
II	Grupos de Famílias	
III	Intervenção no Luto	
IV	Psicoeducação na Perturbação Afetiva Bipolar	
V	Intervenção Cognitivo-Comportamental na Perturbação de Pânico	

Pagamento por transferência bancária:

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
NIB: 0781 0112 0112 0012 9024 3
IBAN: PT50 0781 0112 0112 0012 9024 3

(IGCP, E.P.E. – Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública)

Enviar comprovativo da transferência para: susanaribeiro@chpl.min-saude.pt

Consentimento para o tratamento de dados pessoais

A recolha dos dados pessoais e as subsequentes operações de tratamento a que os mesmos serão sujeitos (registo; organização; conservação; consulta; utilização; apagamento), destinam-se em exclusivo à realização dos procedimentos necessários para a frequência das Jornadas do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Com a assinatura deste formulário no espaço infra, está a dar consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais, para efeitos do disposto na alínea a) do nº 1 do artigo 6º do Regulamento Geral de Proteção de Dados, solicitando-se especial atenção para os seguintes pontos:

1. O responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais é o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, sito na Av. Do Brasil, 53, 1749-002 Lisboa, com o telefone 217917000 e endereço de correio eletrónico: administracao@chpl.min-saude.pt.
2. Pode contactar o encarregado da proteção de dados através do endereço de correio eletrónico: epd@chpl.min-saude.pt, sempre que surgir alguma dúvida sobre o tratamento a que os seus dados pessoais estão a ser sujeitos.
3. Em qualquer momento poderá solicitar acesso aos dados pessoais, bem como a sua retificação ou o seu apagamento, e a limitação do tratamento no que lhe disser respeito, ou opor-se ao tratamento, bem como apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados.
4. O consentimento dado através do presente formulário pode ser retirado em qualquer momento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.
5. Para efeitos do exercício dos seus direitos deve dirigir-se ao Conselho Diretivo do CHPL utilizando os contactos referenciados no ponto 1. ou ao encarregado da proteção de dados para o endereço eletrónico constante do ponto 2.
6. Os seus dados serão mantidos exclusivamente pelo período necessário à realização das jornadas, salvo se a conservação se justificar para o cumprimento de uma obrigação legal nos termos do disposto no artigo 17º do RGPD.

Nome: _____

Cartão de cidadão: _____, válido até __ / __ / _____, inscrito para frequência das Jornadas do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, a realizar em 22 e 23 de junho de 2023, declara expressamente autorizar o tratamento de dados pessoais de que é titular, nos termos e condições constantes do presente formulário.

Data: __ / __ / _____

Assinatura: _____