

**TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DOS LEITORES DAS BIBLIOTECAS MUNICIPAIS E ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE VILA FRANCA DE XIRA**

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:(1)(2) _____ Morada:(2) _____ Cód. Postal:(2) _____ Comprovativo de Morada: <input type="checkbox"/> CC/BI <input type="checkbox"/> Passaporte E-mail: (3) _____ Data Nascimento: (2) _____ Telefone: (2) _____ Telemóvel: (2) _____	Nº Identificação Fiscal:(1) _____ BI/Cartão Cidadão: (2) _____ Data Validade: (2) _____ Outro: (2) _____
Escola: (2) _____	Agrupamento(2) _____
Autorizo o envio de notificações, no decorrer do processo (3), para: <input type="checkbox"/> Endereço Eletrónico <input type="checkbox"/> Telemóvel/SMS Na qualidade de (2) <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Representa _____ Se for o representante: Código de consulta da procuração online com poderes especiais para o efeito (1) (2) _____ <input type="checkbox"/> Autorizo o envio de convites/divulgação de atividades associadas a eventos da Biblioteca Municipal (3) <input type="checkbox"/> Registo de Rede sem Fios (3) (1) Campo obrigatório para serviço de cópias, impressão e/ou digitalização (2) Campo obrigatório para Empréstimos (3) Opcional	
IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO	
Vem requerer: <input type="checkbox"/> Consulta/Acesso aos Dados <input type="checkbox"/> Suporte CD/DVD <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Portabilidade dos Dados/Formato Pretendido <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital (qual?) _____ <input type="checkbox"/> Retificação/Atualização dos Dados ou criação de ficha de leitor <input type="checkbox"/> Eliminação dos Dados	
Notas:	

Observações:

Irá ser disponibilizada posteriormente uma área pessoal para consulta, gestão e atualização de dados pessoais de forma autónoma pelo titular dos dados.

Informação: Enquanto titular dos dados pessoais, tenho conhecimento que a qualquer momento poderei retirar o consentimento agora facultado, não comprometendo a licitude do tratamento efetuado com base no mesmo e sem prejuízo da necessidade desses dados se manterem arquivados, sempre que se justifique, pelo período legal adequado às razões que o determinem.

Declaro ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dou o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos meus dados pessoais por parte do Município de Vila Franca de Xira, abrangendo todas as atividades de tratamento realizadas com a finalidade supra indicada, ficando os mesmos disponíveis na nossa base de dados pelo período legal de 3 anos, contados a partir da última atualização.

Data:

O requerente/representante

Termo de Responsabilidade (aplicável no caso dos menores)

(Nome)

Portador do Cartão de Cidadão n.º

Validade:

Residente em

na qualidade de , autorizo o tratamento dos dados do menor com a finalidade de utilização dos serviços das Bibliotecas Municipais e Escolares do Concelho de Vila Franca de Xira.

ASSINATURA:

DATA:

Fundamentação para recolha de dados: Regulamento das Bibliotecas Municipais da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira.