



Associação Portuguesa do Doente Hipertenso

Ficha de Inscrição

Dados Pessoais

- Nome Completo: _____
- Data de Nascimento: ____/____/_____
- NIF: _____
- Endereço: _____
- Localidade: _____
- Código Postal: ____/_____
- Contactos: _____ / _____
- Email: _____

Dados de Saúde

- Número de Utente: _____
- Pressão Arterial diagnosticada (mmHg): ____ / ____ mmHg
- Centro de Saúde: _____
- Usa Medicamentos para a Hipertensão () Sim () Não
Se sim quais: _____

Histórico Familiar

- Alguém da Família é hipertenso? () Sim () Não



Associação Portuguesa do Doente Hipertenso

Proteção de Dados

Eu, _____,

declaro que as informações fornecidas nesta ficha de inscrição são verdadeiras e completas.

Ao preencher esta ficha de inscrição, concorda com o tratamento dos seus dados pessoais conforme descrito nesta política.

Os dados fornecidos a Associação Portuguesa do Doente Hipertenso serão utilizados exclusivamente para fins de contato e atividades relacionadas ao apoio e acompanhamento dos associados. Os seus dados serão armazenados de forma segura e tratados de acordo com a legislação em vigor, incluindo a Lei nº 58/2019, de 8 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais), que assegura o cumprimento do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho (GDPR).

Os seus dados serão protegidos por medidas de segurança adequadas, com o objetivo de evitar o acesso não autorizado, perda ou alteração indevida.

Tem o direito de aceder, corrigir, atualizar ou solicitar a eliminação dos seus dados pessoais a qualquer momento. Para exercer esses direitos, poderá contactar-nos através do e-mail geral@apdhta.pt.

Data: ____/____/_____

Ass: _____