

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:**