



Registo de Entrada na CMA
Proc. _____

FICHA DE REFERENCIAÇÃO – terapia da fala

A preencher pelo docente:

Nome do Aluno: _____

Data de Nascimento: _____ Escolaridade: _____ Turma/sala: _____

Nacionalidade: _____ Número identificação fiscal (NIF): _____

Morada: _____

Estabelecimento de Ensino: _____

Email: _____

Tipo de Pedido: AVALIAÇÃO REAVALIAÇÃO ACOMPANHAMENTO

Beneficiou ou beneficia de algum tipo de acompanhamento: Sim Não

Se sim, qual?: _____

Responsável pelo pedido: _____ Data: ____/____/____

A preencher pelos pais/encarregado de educação:

Nome do encarregado de educação: _____

Contacto telefónico: _____ Email: _____

Nome da mãe: _____ Contacto telefónico: _____

Nome do pai: _____ Contacto telefónico: _____

Beneficia de apoio ao nível da Ação Social Escolar: Não Sim Escalão: _____

Em cumprimento do disposto no Artigo 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, informa-se V. Exa. que os dados ora recolhidos têm como finalidade a intervenção em terapia da fala.

O fundamento jurídico para o tratamento dos dados recolhidos assenta no consentimento prestado.

Declaro, para os devidos e legais efeitos, que, pelo presente documento, presto o meu consentimento, sem prejuízo do direito de o revogar livremente, ao tratamento dos dados pessoais fornecidos neste formulário, para os identificados fins.

Declaro ainda, ter conhecimento do “Regime de funcionamento da terapia da fala” (disponível no sítio da câmara municipal de Alenquer) e autorizo a sinalização e a avaliação em terapia da fala.

O Titular dos Dados (mãe, pai, representante legal): _____

Data: ____/____/____