



ATIVIDADES
MUNICIPAIS
PILATES CLINICO
FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome:			
Morada:			
Localidade:			Data de Nascimento:
Contacto:		E-Mail:	
Filho(a) de	*		
e de:	*		
Nº Contribuinte:		* Só para menores de 18 anos	

ACTIVIDADE

Já frequentou anteriormente a actividade de Pilates?

Sim Não

Se já frequentou esta actividade indique o número de anos de frequência.

Quantos Anos

Identifique uma pessoa para, em caso de necessidade, os serviços contactarem?

Nome		Parentesco		Telefone	
------	--	------------	--	----------	--

OBSERVAÇÕES

INFORMAÇÃO ÚTIL AO PROFESSOR

EM PARCERIA COM CENTRO DE MEDICINA FÍSICO E REABILITAÇÃO - FISIOPORTEL

Portel, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO



INFORMAÇÃO A PRESTAR AO TITULAR NOS TERMOS DO ARTIGO 13º DO RGPD COM CONSENTIMENTO DO TITULAR

Responsável pelo Tratamento :

Município de Portel, Pessoa colectiva 506196445, com sede no Praça de D. Nuno Álvares Pereira, N.º 2, telefone: 266 619 030, e-mail: geral@portel.pt

Contacto do Encarregado Protecção de Dados Pessoais:

Telefone: 266 619 030, E-mail: epd@portel.pt

Finalidade(s) do Tratamento:

Informação para o desenvolvimento da atividade "Pilates Clínico" e recolha de Imagens para Foto-Galeria do Município e promoção da atividade nas redes sociais.

Licitude do Tratamento:

Consentimento

Destinatários com quem Podem ser Partilhados os Dados:

Os dados recolhidos com a finalidade acima referida serão utilizados pelos serviços internos do Município.

Direito dos Titulares dos dados referente ao RGPD:

Acesso, art. 15º, retificação, art. 16º, apagamento art. 17º, limitação dos dados, art. 18º, informação sobre os destinatários dos dados, art. 19º, portabilidade art. 20º, oposição art 21º, não ficar sujeito a decisões automatizadas e definição de perfis, art. 22º, retirar o consentimento em qualquer momento sempre que este seja a base da licitude do tratamento, e direito a apresentar uma reclamação perante a CNPD.

Prazo de Conservação:

Até ao retirar do consentimento

MAIORES DE 18 ANOS DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Eu, _____, portador(a) do Cartão de Cidadão nº _____, e em cumprimento do previsto no artigo 13º do Regulamento Geral de Protecção de Dados (RGPD), (EU)2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, **declaro que fui informado/a e expresse o meu consentimento ao Município de Portel para:** (rasurar a opção que não pretende)

Recolha dos dados biométricos, em específico as imagens captadas durante a atividade "Pilates Clínico" nas quais participei e/ou estive presente e a manutenção das mesmas no acervo fotográfico do Município;

Recolha dos dados biométricos, em específico as imagens captadas durante a atividade "Pilates Clínico" nas quais participei e/ou estive presente e a utilização das mesmas para promoção dessas atividades nas plataformas digitais;

Tratamento dos meus dados contidos no formulário de inscrição da atividade "Pilates Clínico" para o ano letivo 2023/2024.

ASSINATURA

Portel, ____ de ____ de ____ _____

MENORES DE 18 ANOS DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Eu, _____, portador(a) do Cartão de Cidadão nº _____, tutor legal de _____, e em cumprimento do previsto no artigo 13º do Regulamento Geral de Protecção de Dados (RGPD), (EU)2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, **declaro que fui informado/a e expresse o meu consentimento ao Município de Portel para:** (rasurar a opção que não pretende)

Recolha dos dados biométricos, em específico as imagens captadas durante a atividade "Pilates Clínico" nas quais participei e/ou estive presente e a manutenção das mesmas no acervo fotográfico do Município;

Recolha dos dados biométricos, em específico as imagens captadas durante a atividade "Pilates Clínico" nas quais participei e/ou estive presente e a utilização das mesmas para promoção dessas atividades nas plataformas digitais;

Tratamento dos meus dados contidos no formulário de inscrição da atividade "Pilates Clínico" para o ano letivo 2023/2024.

ASSINATURA

Portel, ____ de ____ de ____ _____