Revalidação Título de Especialista

DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR

Eu, (nome completo), residente na Rua (morada completa), portador(a) do Cartão do Cidadão nº (número), válido até (data) e do NIF (número), nos termos e para os efeitos previstos em legislação nacional e/ou comunitária sobre proteção de dados, nomeadamente o disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 do P. E. e do Conselho de 27 de abril (RGPD), venho por este meio declarar que autorizo a Ordem dos Biólogos, com sede na Rua Cidade de Rabat, nº38, r/c 1500-164 Lisboa, pessoa coletiva com o número único de matrícula e de identificação fiscal 501.835.601, a proceder ao tratamento de todos os dados disponibilizados no formulário de revalidação do título de especialista da Ordem dos Biólogos, salvaguardando a confidencialidade dos mesmos. Mais me comprometo a retificar tais dados sempre que tal se mostrar necessário devendo, para o efeito, preencher e entregar o formulário de atualização de dados da ordem dos biólogos. Por fim, declaro, para os devidos efeitos, que disponibilizo de livre vontade os seguintes documentos: Certificado de Participação; Comprovativo Divulgação Técnico Científica; Relatório de Revalidação.

Declaro que li*,* compreendieaceitoa Política de Privacidade da Ordem dos Biólogos*.*

Em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura conforme documento de identificação)