

## Ficha de Sinalização

### Terapia da Fala

#### **A preencher pelo docente:**

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Turma: \_\_\_\_\_ escola: \_\_\_\_\_

Nome do docente titular : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Pedido: Avaliação ☐ Acompanhamento ☐

Beneficiou ou beneficia de algum tipo de acompanhamento: Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual?: \_\_\_\_\_

Responsável pelo pedido: \_\_\_\_\_

Resumo sucinto das alterações verificadas: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Dados dos pais:**

Nome do encarregado de educação: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

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.

Mais se informa, no estrito cumprimento do citado normativo que:

1. Os dados agora fornecidos serão tratados enquanto se mantiver o interesse do titular dos dados pessoais na intervenção terapêutica.
2. Pode V. Exa., a qualquer momento, solicitar o acesso aos dados fornecidos através do presente formulário e solicitar a sua retificação, o seu apagamento ou limitação de tratamento.
3. Assiste-lhe ainda o direito de se opor ao tratamento dos dados ora fornecidos e solicitar a portabilidade dos dados.
4. Os dados agora fornecidos serão disponibilizados ao terapeuta responsável pela intervenção.
5. Poderá retirar o consentimento aqui prestado, a qualquer altura, sem que tal comprometa o tratamento dos dados efetuados ao abrigo do consentimento anteriormente prestado.
6. Poderá V. Exa. reclamar dos atos praticados no âmbito do tratamento de dados ora fornecidos para a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

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 âmbito escolar) e autorizo a sinalização e a avaliação em terapia da fala.

O Titular dos Dados:

Mãe \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_

Encarregado de educação \_\_\_\_\_