

ESTIPULAÇÕES POSTERIORES À ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu/nós abaixo-assinado(s) venho/vimos por este meio e por referência ao(s) consentimento(s) informado(s)

(identificar o(s) consentimento(s) informado(s) em causa) que assinei/assinámos em ____ / ____ / ____ (data da assinatura do consentimento informado), declarar o seguinte:

Revogo/revogamos a(s) seguinte(s) parte(s) do(s) compromisso(s) que através desse consentimento informado assumi/assumimos (assinalar com uma cruz a(s) situação/situações aplicável/aplicáveis):

A autorização da doação dos **espermatozoides/ovócitos** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

A autorização para o uso dos **espermatozoides/ovócitos** para serem usados em projetos de investigação científica

E consinto/consentimos na descongelação e eliminação desses **espermatozoides/ovócitos**

A não autorização da doação dos **espermatozoides/ovócitos** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA e consinto/consentimos nessa doação de espermatozoides/ovócitos a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

A não autorização para o uso dos **espermatozoides/ovócitos** em projetos de investigação científica e consinto/consentimos nessa doação de espermatozoides/ovócitos para serem usados em projetos de investigação científica

A autorização da doação dos **embriões** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

A autorização para o uso dos **embriões** para serem usados em projetos de investigação científica

E consinto/consentimos na descongelação e eliminação desses **embriões**

A não autorização da doação dos **embriões** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA e consinto/consentimos nessa doação de embriões a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

A não autorização para o uso dos **embriões** em projetos de investigação científica e consinto/consentimos nessa doação de embriões para serem usados em projetos de investigação científica

E mais declaro/declaramos que (declarações adicionais que a(s) pessoa(s) beneficiária(s) queiram aditar):

NOME _____
ASSINATURA _____
N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

(2.º nome a preencher quando se trate de duas pessoas beneficiárias)

NOME _____
ASSINATURA _____
N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

Médica/o: _____ / ____ / ____

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O CNPMA é o responsável pelo tratamento dos dados pessoais recolhidos no âmbito do tratamento para o qual é expresso o consentimento por via do presente documento. Estes dados serão tratados no âmbito do exercício das atribuições do CNPMA para regular, fiscalizar e acompanhar a prática da Procriação Medicamente Assistida em Portugal, instituídas pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua atual redação.

Os seus dados pessoais serão objeto de tratamento seguro, sendo sujeitos a medidas técnicas e organizativas destinadas a salvaguardar a sua confidencialidade, integridade e disponibilidade. Os dados serão conservados em observância do prazo legal de retenção aplicável.

O CNPMA garante aos titulares de dados o exercício dos direitos legalmente consagrados. Para o exercício dos referidos direitos ou para esclarecimento de dúvidas relativas ao tratamento dos seus dados pessoais, deve apresentar pedido escrito ao CNPMA, nomeadamente por e-mail para dpo.cnpma@ar.parlamento.pt ou por correio para Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, Assembleia da República, Palácio de São Bento, 1249-068 Lisboa.