

FORMULÁRIO PARA EXERCÍCIO DOS DIREITOS DO TITULAR DOS DADOS PESSOAIS
Conforme os Artigos 17 a 22 da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais)

Nos termos da Lei nº 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados), o titular dos dados pessoais poderá exercer os seus direitos por meio de solicitação à **ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE CUIABÁ**, mediante o preenchimento das informações indicadas abaixo e apresentação dos documentos que comprovem a identidade do solicitante.

DADOS DO SOLICITANTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Solicitação:

- () Acesso aos meus dados pessoais
- () Atualização/Correção dos meus dados pessoais
- () Informações referente ao compartilhamento dos meus dados pessoais
- () Eliminação dos meus dados pessoais
- () Revogação do consentimento
- () Outro

1. Por favor, descreva a informação objeto da solicitação:

2. Caso necessário, identifique os documentos que subsidiam seu pedido:

Para exercício do(s) direito(s) acima reivindicado(s), o solicitante deverá imprimir, preencher, digitalizar e enviar o presente Formulário para e-mail carolineevangelista@hg.cuiaba.br, anexando uma cópia de um documento de identificação de forma a permitir a verificação da sua identidade. Os direitos acima reivindicados somente poderão ser exercidos pelo titular dos dados ou por responsável legal.

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e que eu sou a pessoa a quem elas se referem, conforme documento de identidade com foto anexado ao pedido.

Cuiabá/MT, ____/____/____ .

Assinatura do solicitante

