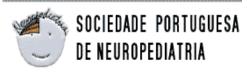


abaixo







legal

pela



Secção de Neonatologia da SPP

criança



Eu,



assinado,

Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral

## **AUTORIZAÇÃO**

responsável

| autorizo a sua inclusão nominal na base de dados do Projecto de Vigilância   |
|--|
| Epidemiológica Nacional da Paralisia Cerebral, da responsabilidade das instituições  |
| acima referidas (inserido no projecto europeu SCPE – Vigilância da Paralisia Cerebral  |
| na Europa, financiado pela União Europeia), com fins exclusivos de recolha de dados  |
| confidenciais sobre a sua evolução clínica, familiar e social.   |
| Reservo o direito de, em qualquer altura, por minha iniciativa ou da criança referida, ao atingir a maioridade legal, retirar esta autorização ou solicitar a consulta dos dados |
| recolhidos.  |
| Esta autorização permanecerá no poder no Médico e Instituição responsáveis pelo  |
| acompanhamento médico da criança.  |
| Data:  |
| Assinatura:  |
|  |
| Nome:  |
| Bilhete de Identidade: Data de emissão:  |
| Parentesco com a criança:  |