



Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral

Secção de Pediatria do Desenvolvimento da SPP

Secção de Neonatologia da SPP

AUTORIZAÇÃO

Eu, abaixo assinado, responsável legal pela criança

.....
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: