

# Consentimento de utilização de dados pessoais

Eu, \_\_\_\_\_

autorizo a Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto à recolha e tratamento da informação aqui indicada para fins exclusivamente de gestão dos procedimentos administrativos na área da gestão académica utilizados no âmbito de (assinalar cada um dos procedimentos)  Candidaturas  Matrículas  Inscrições

Provas  Estatísticas  Certidões

tendo presente as disposições da atual legislação relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Poderá, a todo o tempo, proceder à retificação dos seus dados pessoais, através do seguinte email: **expediente@ff.up.pt**.

Assinatura do titular: \_\_\_\_\_

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