FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM INFORMAÇÕES E SAÚDE DIGITAL PARA O SUS

ANEXO VII. TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Eu, _____, portador(a) da carteira de identidade nº _____, expedida por _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, declaro que autorizo a Fundação Oswaldo Cruz, nos termos da Lei nº 13.709/2018, a utilizar meus dados pessoais sensíveis exclusivamente para fins de comprovação de minha condição de pessoa candidata optante por vaga reservada no processo seletivo do Curso de Atualização em Informações e Saúde Digital para o SUS.

Declaro estar ciente de que os dados serão utilizados somente para as finalidades relacionadas ao processo seletivo e às políticas de ações afirmativas, sendo proibida sua utilização para finalidade diversa.

_____, _____de_____de _____.

Assinatura da Pessoa Candidata

Av. Brasil, 4365– Manguinhos – Rio de Janeiro –RJ –21040-360
Tel. : (0XX21)3865 9865
E-mail: secesscolar@fiocruz.br