**Declaração consentimento informado**

**2ªs Jornadas de Cuidados Paliativos organizadas pelo GEsPal (APMGF)**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRAVAÇÃO DE IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Confirmo que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ATO acima referido.

As fotografias serão apresentadas no âmbito do Concurso de Fotografia promovido pelo GEsPal durante a realização das 2ªs Jornadas do Grupo a decorrer de 6 a 10 de Outubro de 2020.

Os vídeos serão exibidos antes, durante e após as sessões das Jornadas.

Exceto autorização expressa, é garantido que há ocultação de dados de identificação da pessoa.

A presente autorização valida a publicação com elementos identificativos, nomeadamente a face.

A APMGF (GEsPal)  tem o direito de publicar a fotografia, mediante os meios de divulgação que considerar pertinentes, digitais ou impressos, incluindo a página *online*.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta: |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Data ….../....../….......

Assinatura ....................................................................

+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto.

Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

… … … … … … … … … … (local), … …/… …/… … (data)

Assinatura … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …