



SONS DA FALA
CLÍNICA

INSCRIÇÃO PLATAFORMA SONS DA FALA

NOME _____

PROFISSÃO _____

Nº DE IDENTIFICAÇÃO DOCENTE _____

LOCAL DE TRABALHO _____

E-MAIL _____ TELEMÓVEL _____

Consentimento para Proteção de Dados (RGPD)

Autorizo o tratamento dos meus dados para as seguintes finalidades:

- ☐ notificação de conteúdo/atividade na Plataforma Sons da Fala
- ☐ utilização de dados pessoais para a criação de utilizador da Plataforma Sons da Fala

☐ Declaro que tomei conhecimento acerca das normas de utilização da Plataforma Sons da Fala.

Ao assinalar as suas preferências, está a aceitar que podemos processar as suas informações de acordo com as nossas condições de tratamento e proteção de dados.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO PROFESSOR/EDUCADOR DE INFÂNCIA
