**CONSENTIMENTO**

**INFORMADO**

Eu, ………………, informo que os técnicos de saúde que habitualmente acompanham a minha preparação são os seguintes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Tel.** | **e-mail** |
| Médico |  |  |  |
| Fisioterapeuta |  |  |  |
| Psicólogo |  |  |  |
| Nutricionista |  |  |  |
| Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

Qualquer alteração que ocorra neste âmbito, durante o processo de preparação olímpica, será por mim sinalizado junto da Federação e do Comité Olímpico de Portugal.

Mais autorizo e concordo que o médico da minha federação, o médico do CAR (no caso de frequentar este serviço) e o médico do COP, acedam ao meu processo clínico, a fim de mantê-lo atualizado, desde que devidamente salvaguardados os preceitos da proteção de dados e mantido o devido sigilo médico.

Data e local: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

