

**Declaração dos membros do agregado familiar que figurem nos documentos que foram partilhados os seus dados pessoais com o IST para os efeitos no regulamento de Bolsas de Estudo HOVIONE**

 (a preencher pelos membros do agregado familiar)

Eu, Escreva o seu nome completo, autorizo o tratamento pelo IST, com a faculdade de transmissão à Hovione FarmaCiencia SA, dos meus dados pessoais que figuram nos documentos juntos ao formulário desta candidatura, tratamento esse que tem como finalidades as enunciadas no n.º 8 do art.º 11 do regulamento de bolsas de estudo 20\_\_/20\_\_ “HOVIONE Solidária na Educação”, de que tomei conhecimento.

Lisboa, Escreva aqui o dia em que assinou o documento, de Escreva aqui o mês em que assinou o documento de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)