Autorização para divulgar informações confidenciais

|  |
| --- |
| **Leia primeiro**: Antes de decidir se permitirá ou não que a [SASC name] compartilhe algumas de suas informações confidenciais com outro órgão ou pessoa, um representante da [SASC name] apresentará a você todas as alternativas, riscos e benefícios em potencial que possam resultar do compartilhamento das informações confidenciais a seu respeito. Se você decidir que a [SASC name] divulgue algumas de suas informações confidenciais, use este formulário para definir o que, como, com quem e por quanto tempo será compartilhado. |

Entendo que a [SASC name] tem a obrigação de manter o sigilo das minhas informações pessoais, informações de identificação e meus registros. Também entendo que posso optar por permitir que a [SASC name] divulgue algumas de minhas informações pessoais para determinados indivíduos ou órgãos.

Eu, , autorizo a [SASC name] a compartilhar as seguintes informações com:

nome

|  |  |
| --- | --- |
| **Quem eu gostaria que tivesse minhas informações:** | Nome:Função específica no órgão:Telefone: |

As informações podem ser compartilhadas: [ ]  pessoalmente [ ]  por telefone [ ]  por fax [ ]  pelo correio [ ]  por e-mail

[ ]   *Tenho ciência que o correio eletrônico (e-mail) não é confidencial, e pode ser interceptado e lido por outras pessoas.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Quais informações** **sobre mim serão compartilhadas:** | *(Liste da forma mais específica possível, por exemplo: nome, datas de serviço, outros documentos).* |
| **Por que quero que minhas informações sejam compartilhadas: (objetivo)** | *(Liste da forma mais específica possível, por exemplo: para receber benefícios).* |

Observação: existe o risco de que uma quantidade limitada de informações possa potencialmente dar acesso a todas as suas informações confidenciais mantidas por [SASC name] a outras pessoas.

**Estou ciente de:**

* Que não tenho a obrigação de assinar um formulário de autorização. Não tenho que permitir que a [SASC name] compartilhe minhas informações. A assinatura do formulário de liberação tem caráter totalmente voluntário. Que esta liberação é limitada ao que escrevi acima. Se eu quiser que a [SASC name] divulgue informações sobre mim no futuro, precisarei assinar outra autorização por escrito com prazo limitado.
* Que a divulgação de informações sobre a minha pessoa pode dar a outro órgão ou pessoa informações sobre minha localização e confirmaria que tenho recebido serviços da [SASC name].
* Que a [SASC name] e eu podemos não ser capazes de controlar o que acontece com minhas informações uma vez que tenham sido divulgadas para a pessoa ou órgão acima, e que o órgão ou pessoa que eventualmente obtiver minhas informações possa ser obrigado por lei ou prática a compartilhá-las com outras pessoas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Esta autorização expira em**   Data Hora | ***A validade deve atender às necessidades da vítima, que normalmente não é mais do que 30 a 60 dias, podendo ser mais curta ou mais longa.*** |

**Entendo que esta autorização somente é válida com minha assinatura e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, oralmente ou por escrito.**

 **Data:**

**Assinatura:**  **Hora:** **Testemunha:**

|  |
| --- |
| **Reafirmação e Extensão (se for necessário mais tempo para cumprir o objetivo desta liberação)**Confirmo que esta liberação ainda é válida, e gostaria de prorrogá-la até  Nova data Novo horário**Assinatura:**  **Data:** **Testemunha:**  |