



CÂMARA MUNICIPAL DE PARAPUÃ
PODER LEGISLATIVO
ESTADO DE SÃO PAULO

**Formulário LGPD para solicitações do titular de dados pessoais
ou seu representante**

Dados do titular

Nome: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Dados do representante do titular (se for o caso)

ATENÇÃO: É necessário anexar procuração ou documento comprobatório da representação.

Nome: _____ CPF: _____

Tipo de Representação

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Advogado(a) | <input type="checkbox"/> Guardiã(o) |
| <input type="checkbox"/> Curador(a) | <input type="checkbox"/> Procurador(a) |
| <input type="checkbox"/> Genitor(a) | <input type="checkbox"/> Tutor(a) |
| <input type="checkbox"/> Outro (especificar) _____ | |

Informações de contato para a resposta

Email: _____ Telefone: () _____

Detalhes da solicitação

Escolha o(s) direito(s) que deseja exercer (LGPD, Art. 18, I - IX; Art. 20)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Confirmação da existência de tratamento | <input type="checkbox"/> Portabilidade de dados |
| <input type="checkbox"/> Acesso aos dados | <input type="checkbox"/> Informações sobre compartilhamento de dados |
| <input type="checkbox"/> Correção de dados | <input type="checkbox"/> Informações sobre consentimento e consequências da negativa |
| <input type="checkbox"/> Anonimização de dados | <input type="checkbox"/> Revogação de consentimento |
| <input type="checkbox"/> Bloqueio de dados | <input type="checkbox"/> Revisão de decisão com base em tratamento automatizado |
| <input type="checkbox"/> Eliminação de dados | <input type="checkbox"/> Outro direito (especifique no campo 'requerimento' abaixo) |

Requerimento

Processos relacionados (se houver)

