

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DE COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

Eu, _____, portador(a) do RG n.º _____ e do CPF n.º _____, **declaro estar ciente quanto à coleta e o tratamento dos dados pessoais dos quais sou titular com a finalidade de viabilizar o processamento do pedido de bolsa de estudo junto à FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS**, instituição de ensino superior inscrita no CNPJ sob o n.º 28.964.252/0001-50 e no E-MEC sob o n.º 506, localizada à Av. Alberto Torres, n.º 217, Centro, Campos dos Goytacazes – RJ, CEP 28.035-581, mantida pela FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES, instituição certificada como filantrópica pela Portaria MS/SES n.º 1.206 de 28/12/23, inscrita no CNPJ sob o n.º 28.964.252/0001-50 e no E-MEC sob o n.º 348, sediada à Rua Barão da Lagoa Dourada, n.º 409, Centro, Campos dos Goytacazes – RJ, CEP 28.035-211, a qual figurará como controladora e responsável pela proteção em conformidade com o disposto no art. 5.º, inciso VI c/c art. 46 c/c art. 47, da Lei Federal 1.709/2018. **Manifesto meu consentimento expresso para com a coleta, recepção, classificação, utilização, acesso, avaliação e/ou armazenamento por operadores da instituição de ensino superior e da mantenedora, especialmente na Secretaria Acadêmica, no Serviço Social, na Comissão de Bolsa de Estudo, no Jurídico e na Tesouraria.** Por fim, declaro estar ciente de que poderei acessá-los, solicitar correções, atualizações ou exclusão, quando aplicável, através do email dpo@fbpn-campos.com.br.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de 20 ____

[NOME DO DECLARANTE]