

CONCURSO DE DESENHO
"A MINHA FARMÁCIA DO FUTURO"
FICHA DE PARTICIPAÇÃO E DECLARAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

1. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome completo:

Data de nascimento: ____ / ____ / _____ Idade em 31/10/2026: _____ anos

Nome da farmácia parceira:

Escalão etário:

☐ A: 4 aos 6 anos ☐ B: 7 aos 9 anos ☐ C: 10 aos 12 anos ☐ D: 13 aos 15 anos

2. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:

Qualidade: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Representante legal

Telefone: _____ **Email:** _____

3. DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de pai, mãe ou representante legal do participante acima identificado, declaro que:

1. O desenho apresentado é original e foi realizado pelo próprio participante;
2. Li, compreendi e aceito integralmente o Regulamento do Concurso **"A Minha Farmácia do Futuro"**, incluindo as condições de proteção e tratamento de dados pessoais previstas no respetivo **Ponto 10 do regulamento**;
3. Autorizo a Bene Farmacêutica a tratar os dados fornecidos para efeitos de validação e gestão da participação, avaliação dos trabalhos, contacto, divulgação dos resultados e atribuição dos prémios;
4. Autorizo, caso o desenho seja vencedor, a sua reprodução, edição e divulgação no website, redes sociais, canais digitais e materiais de comunicação institucional da Bene Farmacêutica, bem como a sua inclusão no Calendário Bene 2027;
5. Autorizo a publicação do primeiro nome e da idade do participante juntamente com o desenho vencedor, não sendo divulgados outros dados pessoais da criança ou do jovem;
6. Compreendo que a utilização do desenho é autorizada gratuitamente e apenas para as finalidades previstas no Regulamento.

Com o envio do trabalho, o pai, a mãe ou o representante legal declara que leu, compreendeu e aceita integralmente o Regulamento e a política de proteção de dados pessoais incluída no respetivo Ponto 10.

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / 2026

Assinatura do pai, da mãe ou do representante legal:

4. ENVIO DO TRABALHO

Para que a participação seja válida, deverão ser enviados, **até 31 de outubro de 2026**:

- **Desenho original, em formato A4, por correio para:**

Bene Farmacêutica

A/C DPO

Av. D. João II, Ed. Atlantis, n.º 44 C, 1.º

1990-095 Lisboa, Portugal

- **Cópia digitalizada, com boa qualidade e legibilidade, por email para:**

dpo@benefarmaceutica.pt

- **A presente ficha, devidamente preenchida e assinada, deverá acompanhar o desenho original.**