

**TERMO DE CONSENTIMENTO DO ASSOCIADO PARA O TRATAMENTO  
DE DADOS PESSOAIS**

Pelo presente instrumento, firmado livre de qualquer forma de coação ou indução, eu, XXXXXXXXXXXXXXXX, inscrito no CPF sob no. XXX.XXX.XXX-XX, manifesto pleno consentimento com o tratamento de meus dados pessoais por parte da Associação Brasileira de Histocompatibilidade e Imunogenética, seus prepostos e representantes legais, dentro dos limites impostos por seus objetivos estatutários.

Declaro estar ciente e conhecedor das Políticas de Privacidade e de gestão de dados pessoais adotados pela Associação, concordando integralmente com as mesmas, posto que instituídos na forma determinada pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD.

A Associação, na condição de Controladora, responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Manifesto que o Consentimento ora firmado não tem validade determinada, sendo aplicável durante todo período pelo que se estender minha vinculação associativa e, no que for necessário e pertinente, por prazo indeterminado,

Cidade.

Nome completo