

 Vedruna Palamós	AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ A L'ALUMNAT	Ref:R-S7-01-02 Rev: 1 Data: 01/04/19 Pàgina 1 de 1
--	---	---

ALUMNE/A:.....

CURS:.....

EN/NA.....(pare, mare o tutor/a legal) amb
 DNI o passaport.....

Autoritzo, sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent doni al meu fill/a la següent medicació:

Nom del medicament:.....

Dosi:..... Horari:.....

Durada tractament:

Cal adjuntar la recepta mèdica.

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Palamós, de..... del 20....

Signatura del pare/mare/tutor/a legal

Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament emplenada, el centre no pot administrar cap medicament.

El Responsable del Tractament de les dades és Fundació Vedruna Catalunya Educació – Vedruna Palamós. La finalitat per la qual es tracten les dades recollides consisteix en dur a terme finalitats vinculades amb la funció educativa, orientadora i de salut de l'alumne. Addicionalment es podran utilitzar per informar i gestionar activitats organitzades pel centre educatiu.

Les dades obtingudes no es cediran a tercers sense el consentiment exprés de l'interessat excepte obligació legal. En determinats casos, les dades podran ser comunicades a prestadors de serveis del centre vinculats amb la tasca docent i acadèmica o al benestar dels alumnes.

Podeu accedir a les vostres dades, rectificar-les o suprimir-les, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, enviant la vostra sol·licitud per correu postal o correu electrònic al Responsable de Tractament a delegatprotecciodades@vedrunapalamos.cat.