



Nome do alumno/ alumna _____ Curso _____

Patoloxía _____

Nome do medicamento _____

Ruta de administración (oral, inxectable...) _____

Precisa estar no frigorífico _____ Dose _____

Hora na que debe administrarse _____

Período de administración (data) _____ . Dende _____ ata _____

Por medio da presente autorizo a que se lle administre ao meu fillo/a o **medicamento descrito anteriormente** por parte do persoal do CPR Plurilingüe La Milagrosa. Así mesmo, fágome totalmente responsable desta decisión, liberando ao centro de calquera responsabilidade ou de calquera contraindicación que poida aparecer como resultado do subministro de medicamentos ao meu fillo/a.

En Santiago de Compostela, a __ de _____ de 20__.

Asinado:

Nome do pai/nai/titor/a legal _____

Os seus datos serán tratados pola FUNDACION VISITA DOMICILIARIA DE LA MEDALLA DE LA VIRGEN MILAGROSA , con CIF ESG15101173. A finalidade do tratamento dos seus datos é poder xestionar o expediente do alumno/a para ter a información necesaria sobre aspectos relacionados coa súa saúde (alergias, medicamentos, protocolos de saúde, temperatura....) que se deban ter en conta para preservar o benestar e saúde do mesmo. Vostede outórganos autorización para o tratamento dos seus datos cos fins descritos por ser necesarios para manter a relación que temos con vostede. Os seus datos serán conservados durante o prazo legalmente esixido. Os seus datos non serán cedidos a terceiros, salvo obrigación legal. Se desexa exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación e/ou portabilidade ou se desexa máis información respecto ao tratamento dos seus datos, diríxase por escrito, achegando unha copia dun documento acreditativo da súa identidade á dirección: Avda. de Barcelona 13, 15706 - Santiago de Compostela (A Coruña) ou mediante correo electrónico a colexioamilagrosa.dpo@convenceabogados.es

