

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO

El abajo firmante D/D^a _____,
padre, madre, tutor/a del alumno _____ del
curso _____

AUTORIZA a que se le administre la medicación que entrega, y según la posología señalada más
abajo y prescrita por el médico (**DE LA CUAL ES OBLIGATORIO ADJUNTAR UNA COPIA
DE LA RECETA**)

FECHA/S PARA SU ADMINISTRACIÓN: _____ HORA/S _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIS (cantidad): _____

Fecha: _____ Firmado: _____

POR FAVOR, RELLENE CON LETRA CLARA Y DÉ CORRECTAMENTE LAS
INDICACIONES DE MODO QUE NO HAYA LUGAR A ERROR.

CLÁUSULA INFORMATIVA

“Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “página web”, cuya finalidad es la gestión del centro escolar, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.madrid.org/apdcm), y no serán cedidos o comunicados a terceros. El órgano responsable de fichero es la Consejería de Educación y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es c/ Tren de Arganda, nº 9, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”.

