

AUTORIZACIÓN PARA DISPENSA DE MEDICAMENTOS

D/D^a con DNI.....

Madre, padre o tutor legal del ALUMNO/A

Perteneciente al curso.....

AUTORIZO al Centro a que administre (nombre del medicamento):

Por prescripción médica la cantidad de

- Cada horas
- A las horas
- Días de tratamiento:

Recogida del medicamento:

- Al finalizar la jornada lectiva. ☐
- Permanecerá en el Centro los días de tratamiento. ☐

OBSERVACIONES:

Villanueva del Pardillo, a de de 20.....

Firma del padre/madre/tutor legal

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 de Protección de Datos Personales (RGPD), los datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar adecuadamente las solicitudes, comunicaciones y servicios educativos ofrecidos por el centro.
Los datos no se cederán a terceros, salvo obligación legal. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad mediante solicitud escrita a la Dirección del centro.