



# ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



## PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D..... y

Dña.....,

Mayores de edad, vecinos de.....,

Padres/ tutores del alumno.....,

a quien, por prescripción médica (se adjunta copia), suministran personalmente medicación, solicitan al centro que en horario escolar se encargue de dar a su hijo la medicación que a continuación se detalla, asumiendo las consecuencias que de ello se pudieran derivar y eximiendo al colegio de toda responsabilidad al respecto.

**Medicación:**.....  
.....  
.....

**Hora:**  
.....

En..... a..... de..... de.....

**Firma:**

En cumplimiento del RGPD UE 2016, de protección de datos personales, les informamos de que el responsable del tratamiento de los datos es AOIZ UNO SOCIEDAD COOPERATIVA (Liceo Monjardín). Los datos se tratan con la finalidad de realizar la administración del medicamento indicado al menor, actuando con la legitimación del consentimiento expreso de sus padres/madres y/o tutores legales. Los datos no se ceden a destinatarios ajenos a la organización y se conservan durante el curso 2019-2020. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión o limitación del tratamiento, indicando la palabra "DPTO. LOPD", en las oficinas de AOIZ UNO SOCIEDAD COOPERATIVA, sitas en la calle Aoz 1, 31004 de Pamplona.