

COMEDOR

PERMISO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D..... y D^a.....
mayores de edad, vecinos de....., progenitores/ tutores legales del alumno....., a quien, por prescripción médica (se adjunta copia), suministran personalmente medicación, autorizan que se le administre a su hijo el medicamento que se detalla a continuación por parte del personal del colegio, asumiendo totalmente las consecuencias que de ello se pudieran derivar y eximiendo al colegio de toda responsabilidad al respecto.

Patología:

Medicación:

Ruta de administración (oral, inyectable, etc.):

Dosis: Hora a la que debe administrarse:

Periodo de administración: desde hasta

Fecha

En, a de

Firma

☐

Declaro bajo juramento que los progenitores estamos de acuerdo con esta solicitud (marca obligatoria si no han firmado los dos progenitores).

☐

Declaro que los progenitores estamos en situación de separación, divorcio o discrepancia y apporto resolución judicial o documentación vigente de la que se deduce que me corresponde decidir en exclusiva el centro escolar de mi hijo/a (marca obligatoria si no han firmado los dos progenitores o marcado la casilla anterior)

Le informamos que la entrega de los datos supondrá otorgar el consentimiento para el tratamiento de los datos con la finalidad de facilitar al comensal una dieta y atención personalizada así como la gestión del servicio de comedor. Estos datos, y aquellos otros que se generen a consecuencia del servicio indicado, se incorporarán a un fichero de datos bajo la responsabilidad de AUZO LAGUN S.COOP. Este fichero se encuentra inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos de Carácter Personal y cuenta con las medidas de seguridad establecidas legalmente para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección del Responsable del Fichero sita en: Pol. Comarca-2, C/ A, 43 Esparza de Galar (Navarra).