

**AUTORITZACIÓ FAMILIAR PER A L’ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN CAS DE MALALTIA**

Jo.......................................................................amb DNI …………………….. com a pare//tutor i jo ……………………………………………………… amb DNI ……………….. com a mare/tutora de l’alumne/a........................................................................., don la meva autorització als professors i personal responsable per l’administració del medicament abaix anomenat amb prescripció mèdica.

En cas que el tractament farmacològic requereixi recepta mèdica, s’haurà de presentar una fotocòpia de la mateixa o un informe mèdic.

Sol·licito que li sigui administrada la següent medicació (en cas d’ús continuat): Producte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Des del dia : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fins al dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assumesc la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

L’autorització és vàlida durant tot el període en què l’alumne estigui escolaritzat al centre . Vos pregam notifiqueu qualsevol modificació o variació amb una nova autorització signada.

Signatura del pare/tutor Signatura de la mare/tutora

 Palma,......de..........................de 202…..

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es **COLEGIO PEDRO POVEDA**. Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar su relación con el centro y la administración de los medicamentos necesarios para el alumno/a, así como llevar a cabo las medidas de urgencias necesarias en caso de accidente o enfermedad del alumno/a. Con la firma del presente documento, consiente expresamente el tratamiento de los datos de salud y otros especialmente protegidos que, en su caso, nos facilite.

La legitimación del tratamiento de sus datos deriva de la ejecución de un contrato de prestación de servicios, del consentimiento explícito del interesado y en cumplimiento de las obligaciones legales que nos afectan. Sus datos serán cedidos a los centros de urgencias médicos necesarios. Sus derechos de acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos que tiene reconocidos, puede ejercitarlos en la dirección rgpditac@institucionteresiana.org. Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Protección en nuestra Política de Privacidad disponible en: http://www.cpedropoveda.org/