AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña. _____, con DNI _____, Padre/madre/tutor/a del niño/a _____.

AUTORIZO al personal del CP Lugo de Llanera a administrar la medicación _____ los días _____en la siguiente dosis _____.

CONOZCO Y ACEPTO que el personal que pueda suministrar el medicamento en el Centro Educativo no es personal sanitario y, por tanto, asumo los riesgos derivados de su actuación.

Y para que conste, firmo la presente autorización.

En Lugo de Llanera, a _____ de _____ de 20

Firmado

El Colegio Público de Lugo de Llanera, con domicilio en C/ Truébano s/n es el responsable del tratamiento de los datos personales facilitados en el presente documento. Dichos datos serán tratados de manera confidencial según lo previsto en la Ley de Protección de Datos, para la correcta identificación de los representantes legales y alumno solicitante, así como para las gestiones y prestación de servicios docentes y complementarios que se deriven de este hecho según disposiciones legales en materia de educación. También podrán ser objeto de comunicación total o parcial a profesionales y entidades directamente relacionadas con los servicios prestados. Los interesados prestan su consentimiento para realizar el tratamiento y comunicación descritos, incluyendo datos de salud y les informamos que tienen derecho al acceso, rectificación, al borrado y olvido, a la limitación del tratamiento y portabilidad, así como a la oposición y cancelación, pudiendo ejercitar dichos derechos en la dirección lugollan@educastur.or