

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

DATOS DA NAI/PAI/TITORA/OR LEGAL:

Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DA CRIANZA:

Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	Data de nacemento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORIZO ao persoal da Escola Infantil de

a administrarlle o medicamento

na dose indicada de

ás horas de

desde o día ao día tal como se indica na receita médica.

Nota: Esta autorización non ten validez se non se acompaña da receita médica actualizada na que conste o nome e apelidos da/o nena/o, o nome do medicamento e a dose e frecuencia da súa administración.

En a de de 20__

A/o interesada/o: _____

Consonte o disposto na Lei Orgánica de Protección de Datos de Carácter Persoal 15/1999, do 13 de decembro (BOE do 14 de decembro) os seus datos persoais serán tratados de xeito confidencial e poderán ser incorporados o ficheiro do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, coa denominación: Persoas Usuarias da Rede de Escolas Infantís de Galicia "A Galiña Azul", e número de rexistro na AEPD: 211208013, e soamente serán empregados coa finalidade de xestionar a súa solicitude de praza, comunicarse con vostede, ou aprobada a solicitude, nas tarefas administrativas e educativas relacionadas ca escola. Poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, comunicándoo a través dun escrito que presentará no Rexistro Xeral do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar (Amor Ruibal No 30-32, 15702 Santiago de Compostela, A Coruña) axuntando unha fotocopia do seu DNI.