

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

D./Dña. _____ con DNI/NIE _____

proxenitor/a, titor/a ou representante legal, da nena/o, _____,

AUTORIZO ao persoal da Escola Infantil de _____,

para suministrarlle á miña filla/o 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 e a dose e frecuencia da súa administración.

En _____ a, _____, de _____, de 20__

Sinatura do proxenitor/a, titor/a ou representante legal, da nena/o:

Os datos persoais recollidos neste procedemento serán tratados na súa condición de responsable pola Xunta de Galicia, Consellería de Política Social ou entidade a que se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación, coas finalidades de levar a cabo a tramitación administrativa que se derive da xestión deste procedemento e a actualización da información e contidos da carpeta cidadá. As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos ou retirar o seu consentimento, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou presencialmente nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se explicita na información adicional recollida en <https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais>.