

## SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

### DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:				
NOMBRE:				
NIVEL EDUCATIVO:		CURSO Y SECCIÓN		EDAD

### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	

### E X P O N E

#### A) INTERVENCIÓN CONTINUADA

##### Primero.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_. Se adjunta receta o informe médico para conocimiento del Centro.

##### Segundo.

Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración del medicamento \_\_\_\_\_, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Dosis a administrar	
Forma de administración	
Duración del tratamiento	Desde el día _____ a las ____ horas, hasta el día _____ a las _____ horas, tal y como se indica en la receta médica.
Hora	
Requisitos de conservación del medicamento	

Firma Tutor legal/padre/madre:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD) y su normativa de desarrollo (RD 1720/2007), solicitamos su consentimiento expreso para tratar los datos de su hijo facilitados a través de este documento, con la finalidad de llevar a cabo la adaptación del menor en centro educativo. Dichos datos serán objeto de tratamiento en el fichero titularidad de COLEGIO AVE MARIA e inscrito legalmente en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos (en adelante, AEPD)

Así mismo, le informamos que sus datos serán comunicados a las Administraciones Públicas competentes que exige la normativa legal aplicable.



**EL AVE MARIA**

C/ Doctor Salgado, 16 28038 Madrid

Debido a que se recaban datos especialmente protegidos (datos de salud) de los alumnos, dichos datos se encuentran protegidos con las medidas de seguridad de nivel alto que exige el RD 1720/2007, de 21 de diciembre (en adelante, RLOPD)

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados para su correcta gestión.

Además, respecto a los datos de terceras personas que pudieran ser facilitados en el presente formulario (personas autorizadas), el abajo firmante garantiza que dichas personas han sido informadas con carácter previo y han otorgado su consentimiento para su tratamiento y para las finalidades anteriormente señaladas.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberán dirigirse al responsable del fichero: COLEGIO AVE MARIA en la siguiente dirección: Calle Doctor Salgado, 16 28038, Madrid, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.