

SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS MALALTS CRÒNICS O AL·LÈRGICS

En/Na.....
amb DNI en qualitat de pare, mare o tutor/a informa
que l'alumne/a
del curs d'Educació està diagnosticat
de:

i presenta els següents símptomes:

Com a conseqüència d'aquesta malaltia/al·lèrgia sol·licita l'administració de:

seguint les següents indicacions:

Observacions:

ÉS NECESSARI LLIURAR EL PRESENT DOCUMENT JUNTAMENT AMB UNA RECEPTA MÈDICA ON APAREGUIN DE FORMA CLARA LES INDICACIONS DEL METGE RESPECTE AL MEDICAMENT I LA SEVA POSOLOGIA AIXÍ COM EL NÚMERO DE COL·LEGIAT/DA.

PROTECCIÓ DE DADES. De conformitat amb l'establert al Reglament (UE) 2016/679 General de Protecció de Dades, que les dades de caràcter personal que vostè ens lliure voluntàriament, seran tractades pel **COL·LEGI SANT GABRIEL DE BARCELONA** amb la **finalitat** a l'atenció de la seva sol·licitud i la prestació d'una atenció personalitzada a l'alumne. Les dades seran tractades en **base** al seu consentiment explícit atorgat mitjançant la firma del present document i no es comunicaran a tercers excepte per obligació legal o quan sigui necessari en base a la protecció dels interessos vitals de l'alumne. El **termini de conservació** de la informació coincidirà amb l'estada de l'alumne al centre educatiu mentre no es revoqui el consentiment. Pot exercir els seus **drets** d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació o portabilitat de dades, així com a revocar el seu consentiment, dirigint-se per escrit al responsable del tractament COL·LEGI SANT GABRIEL a l'adreça: GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES, 1196, BARCELONA

A Barcelona, a de de 20...

Signatura
(Pare, mare o tutor/a)