



AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE MEDICINAS

Por la presente yo,

en calidad de madre / padre / tutor legal de alumno

con DNI _____.

Autorizo al profesor responsable a que proporcione las medicinas que a continuación se detallan.

| MEDICAMENTO | DOSIS | VECES AL DÍA | HORARIO | PERIODO DE DÍAS |
|-------------|-------|--------------|---------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma del Tutor del Alumno

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, se le informa que los datos recogidos en el presente documento fueron facilitados por el interesado con la finalidad exclusiva de realizar la gestión académica y docente correspondiente, así como realizar los trámites administrativos y legales relacionados. Que el COLEGIO PAULA FRASSINETTI, con CIF R3300163G, con dirección en Avenida de Alemania 65, Avilés 33401, es el único responsable del tratamiento de dichos datos y no realizarán cesión de ellos, salvo para cumplir con las obligaciones legales que pudieran existir, y aplicaremos las medidas de seguridad necesarias para mantener su confidencialidad y protección. Que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación y portabilidad, en los supuestos recogidos por la legislación, mediante un escrito dirigido a la dirección postal anteriormente detallada, acompañado de su DNI o documento equivalente.ED.2022