

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA
ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD COMÚN
(con receta médica)**

D./D^a _____, mayor de edad, con
D.N.I _____-___ y domicilio en _____, en C/
_____, madre/padre del alumno/a
_____, que cursa sus estudios en el
nivel de _____ del colegio CLARET de Segovia

EXPONE:

PRIMERO.- Que mi hijo/a _____ ha sido
diagnosticado de _____.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior se le ha recetado

TERCERO.- Que el medicamento debe tomarlo en el horario escolar según
se especifica a continuación:
*(es necesario que se explicite detalladamente cuándo debe administrarse cada
medicamento, cuales son las dosis y como se administra).*

CUARTO.- Que se solicita y autoriza a que se proceda a la administración de
la medicación descrita por parte de su tutor o, en su caso, del educador bajo
cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de salud en el presente formularios facilitados, serán tratados por el COLEGIO CLARET SEGOVIA, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de la relación académica y educativa, velando en todo momento por el bienestar de los alumnos. La legitimación para el uso de estos datos está basada en el consentimiento otorgado por el tutor/es legal/es. Los datos recogidos no se cederán a terceros, salvo obligación legal. No se realizará ninguna transferencia internacional de datos ni análisis de perfiles.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como otros derechos desarrollados en información adicional, deberá dirigirse al responsable del tratamiento, COLEGIO CLARET SEGOVIA en la dirección: Avda. Padre Claret, 3, 40003 de Segovia, o en dpd@claretianos.es. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

En Segovia, a _____ de _____ de 20____.

Fdo. _____