

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

D./Dña. _____ como padre/madre o tutor-a
del alumno/a _____,

AUTORIZO

al personal del centro Comunidad Infantil de Villaverde, a suministrar a mi hijo/a la
medicación abajo indicada, adjuntando para ello la correspondiente prescripción médica.

MEDICAMENTO _____

DOSIS _____

En Madrid, a ____ de _____ de 20__.

NOTA: Con esta autorización el personal del centro queda liberado de toda responsabilidad.

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de datos, se le informa de los siguientes términos:

Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. Son incorporados a un fichero automatizado denominado ALUMNOS, cuyo responsable es la entidad ENSEÑANTES DE VILLAVERDE S.COOP.MAD, titular del centro COMUNIDAD INFANTIL DE VILLAVERDE. La recogida de datos médicos del alumno-a tiene como finalidad velar por la salud del mismo-a y del resto de los compañeros-as del centro.

La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tienen como destinatarios, además del propio responsable del fichero, al personal docente directamente relacionado con su hijo-a.

La consignación de datos solicitados o las respuestas a las preguntas que se le puedan plantear durante la recogida de datos tienen carácter obligatorio, pues la información solicitada es imprescindible para velar y salvaguardar los datos referentes a la salud del alumno-a.

En todo caso, Ud. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. Dirigirse por escrito al Responsable del Fichero, en la siguiente dirección: C/ Villastar, 10 (28021) Madrid. Teléfono: 91 7950884. Email: LOPD@comunidadinfantil.org

Para otorgar el consentimiento a la recogida de datos de salud del alumno-a debe Ud. Firmar al pie de la presente cláusula:

Fdo.:

D/Dña. _____

DNI/NIF _____