

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.

ENSEÑANTES DE VILLAVERDE SDAD. COOP. MAD. es el Responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), con la finalidad de mantener una relación comercial (en base a una relación contractual, obligación legal o interés legítimo) y conservarlos durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a ENSEÑANTES DE VILLAVERDE SDAD. COOP. MAD, EN C/ VILLASTAR, 10 – 28021 MADRID (Madrid) E-mail: LOPD@comunidadinfantil.org y el de reclamación www.aepd.es Datos de contacto del delegado de protección de datos: RAPINFORMES ON LINES, SL, AVDA. BRASIL, 17, 6ºD rapinformes@rapinformes.es

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 _____