

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Nome do alumno: _____ Curso: _____

Patoloxía: _____

Nome do medicamento: _____

Ruta de administración (oral, cutáneo, etc.): _____

Dose: _____

Hora á que debe administrarse _____

Período de administración (data) Dende: _____ ata: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS CLÁUSULA ADAPTADA AO REGULAMENTO (UE) 2016/679 E A LEI ORGÁNICA 3/2018 DE 5 DE DECEMBRO	
Responsable	CLAIMO SOCIEDADE COOPERATIVA GALEGA (COLEXIO PLURILINGÜE ALBORADA)
Finalidade	Xestión de actividades extraescolares e servizos complementarios, e a xestión do cobro de recibos
Lexitimación	Consentimento do interesado
Destinatarios	Cederanse os datos á entidade bancaria para o cobro dos recibos
Dereitos	Acceso, rectificación e supresión dos datos persoais, así como outros dereitos adicionais explicados na información adicional
Delegado de Protección de Datos (DPD)	Ofinemu Auditores – Consultores, S.I. Pode consultar a función do mesmo na información adicional.
Información adicional	Pode consultar a información adicional e detallada sobre Protección de Datos solicitándoa por correo electrónico en la dirección cpr.alborada@edu.xunta.es

SÍ consinte expresamente o tratamento de datos persoais. Así mesmo manifesta quedar informado do carácter voluntario do seu consentimento para o tratamento dos datos de saúde recollidos no presente formulario, aínda que este é necesario para a correcta atención do alumno.

Nome e Apellidos do interesado:

DNI: _____

En _____ a _____ de _____ 20...

Sinatura:

Non consinte expresamente o tratamento de datos persoais. Así mesmo manifesta quedar informado do carácter voluntario do seu consentimento para o tratamento dos datos de saúde recollidos no presente formulario, aínda que este é necesario para a correcta atención do alumno.

Nome e Apellidos do interesado:

DNI: _____

En _____ a _____ de _____ 20...

Sinatura: