



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS CRÒNICS CURS 2020-2021

En / na (representant legal 1) _____

Amb DNI _____

En / na (representant legal 2) _____

Amb DNI _____

De l'infant _____

De l'aula / espai _____

Aquesta autorització només s'emplenarà per part de les famílies única i exclusivament quan l'educador hagi d'administrar una dosi de medicament (corresponent al tractament que estigui fent l'infant) quan aquesta coincideixi en l'horari escolar.

Cal que sigui degudament omplerta sinó des del centre educatiu no s'administrarà la corresponent dosi de medicament.

Juntament amb aquesta autorització, és obligatori que les famílies adjuntin la recepta o informe del pediatre on hi consti el nom de l'infant, la pauta i el medicament que ha de prendre.

AUTORIZO/ EM

Al personal del centre educatiu, que no són professionals sanitaris, a administrar a l'alumne/a en qüestió el medicament que es dirà segons la pauta descrita, alliberant-lo de tota responsabilitat i assumint els riscos de la seva actuació.

Nom Medicament	Dosi	Quan s'ha d'administrar	L'aplicació del medicament consisteix en:

Signatura representant legal 1

Signatura representant legal 2

Santpedor, a de de

RESPONSABLE DEL TRACTAMENT: La Fundació Pere Tarrés amb domicili a Barcelona, c/ Numància, 149 - 151

DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES: Departament Jurídic, LOPD@peretarres.org

FINALITAT DEL TRACTAMENT I PERÍODE DE CONSERVACIÓ. . Les dades es faran servir per a gestionar la informació que calgui per a prestar els serveis que ens demaneu i per a mantenir-vos informats de les activitats de la Fundació, tant per mitjans electrònics, com per altres mitjans. Per a millorar el funcionament intern i a instàncies de l'administració pública, es poden fer servir les dades per fer estadístiques.

BASE JURÍDICA DEL TRACTAMENT. Consentiment atorgat amb aquest document, relació contractual i obligació legal.

DESTINATARIS DE LA INFORMACIÓ. El personal propi del responsable del tractament, quan estigui degudament autoritzat per la direcció, els proveïdors necessaris per complir les obligacions del responsable del tractament, les persones o entitats que paguin les despeses que es generin, amb la finalitat de facilitar el control de la relació jurídica, i les administracions públiques en l'àmbit de les seves competències.

EXERCICI DE DRETS. Teniu dret a accedir al contingut de les dades personals, a rectificar-les i a suprimir-les, a limitar el tractament, a oposar-vos a que les tractem, a consentir expressament la portabilitat de la vostra informació, a no sotmetre-us a decisions individuals automatitzades i a revocar total, o parcialment el consentiment que atorgareu quan signeu aquest document dirigint-vos per escrit al Carrer Numància número 149-151 de Barcelona o presencialment, facilitant-vos els impresos oficials oportuns i adequats a la vostra pretensió

DRET A RECLAMAR. L'organisme competent per resoldre els conflictes derivats de la signatura d'aquest document és l'Autoritat de Control de Protecció de Dades Espanyola, Agència Espanyola de Protecció de Dades ubicada a Madrid (28001), c/ Jorge Juan número 6.

DECISIONS INDIVIDUALS AUTOMATITZADES I CREACIÓ DE PERFILS. En general, no les fem servir.

EN CAS DE NO al Responsable del Tractament per a què tracti tota la informació facilitada i la que s'elabori posteriorment, en les condicions que consten en el present document.

He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades i autoritzo el tractament de les dades

Us informem que és necessari indicar que heu llegit la informació bàsica sobre protecció de dades.

Signatura representant legal 1

Signatura representant legal 2