

**AUTORIZACIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A ALUMNOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (JUSTIFICANTE MÉDICO)**

D..... con D.N.I/NIE/Pasaporte  
.....D<sup>a</sup>.....  
...con D.N.I/NIE/Pasaporte..... Con domicilio en  
C/.....  
..... Localidad y Código Postal.....  
Teléfonos de contacto: Madre/padre/tutor-a..... /  
..... Trabajo de la madre/padre/tutor-a  
..... / ..... Otros  
familiares (especificar parentesco, nombre y teléfono)  
.....  
.....  
.....  
.....  
Como padre/madre/tutor-a legal del alumno/a .....  
..... de ..... años de edad.

**AUTORIZO** al personal del colegio LOURDES, donde está escolarizado mi hijo/a, a que se le suministre la dosis correspondiente de .....  
..... (nombre del medicamento y dosis), como figura prescrita por el doctor/a ..... en el informe médico adjunto.

Así mismo, **EXIMO** al personal de FUHEM de toda responsabilidad que pudiera sobrevenir como consecuencia de la actuación realizada.

En..... a..... de..... de 20.....

Firma del padre /tutor-a

Firma de la madre /tutor-a

**IMPORTANTE**

Antes de firmar la autorización, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el **REVERSO - CLÁUSULA RGPD**. Con la presente firma aceptamos la política de privacidad que se encuentra en reverso.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	
Responsable del tratamiento	FUHEM FUNDACIÓN HOGAR DEL EMPLEADO Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) Tel. 91 431 02 80 <a href="http://www.fuhem.es">http://www.fuhem.es</a>
Delegado de Protección de Datos	Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) o <a href="mailto:dpd@fuhem.es">dpd@fuhem.es</a>
Finalidad del tratamiento	Los datos serán tratados para gestionar la presente autorización y la finalidad indicada en la misma de administración de la medicación al menor. Es imprescindible que aporte un informe médico donde conste el nombre del alumno, el nombre del medicamento que tiene que tomar y la pauta de administración. En caso contrario, no podremos administrar ningún medicamento.
Plazo de conservación	El plazo de conservación de los datos será arreglo a la relación que vincula al alumno con el centro educativo y, en tanto no ejerza su derecho de supresión.
Legitimación	Los datos son tratados en base a la relación existente entre Uds. Y el centro educativo y su consentimiento.
Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)	Los datos no serán cedidos o comunicados a terceros, salvo en los supuestos previstos, según Ley.
Derechos	Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Portabilidad, Limitación del tratamiento, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada, o a <a href="mailto:dpd@fuhem.es">dpd@fuhem.es</a> Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ( <a href="http://www.aepd.es">www.aepd.es</a> ).
Firma	Los padres/madres/tutores D/Dña _____ y D/Dña _____ solicitan al Director/a del centro la administración al hijo/tutelado del medicamento prescrito de acuerdo con las pautas que consten en el informe médico aportado y se autoriza para su administración a los profesionales del centro.  Firmado  D/Dña _____ D/Dña _____ _____  En _____ a ____ de ____ de 2019