

AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE TRATAMIENTO MÉDICO CON CARÁCTER EXCEPCIONAL

Este documento autoriza tanto al personal docente como al Personal Auxiliar de Servicios a suministrar un tratamiento específico y excepcional por enfermedad común con tratamiento prolongado.

En cualquier caso, para el suministro del fármaco indicado será necesaria la presentación del informe médico indicando el tratamiento y la posología.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES / MADRES O TUTORES/AS

D....., con DNI/NIE/Pasaporte
nº

Da....., con DNI/NIE/Pasaporte
nº Como padre/madre/tutor-a legal del alumno/a:
..... de años de edad, matriculado en el
curso Grupo.....

**Autorizo al personal del Centro LOURDES donde está escolarizado mi hijo/a,
que se le administre EL MEDICAMENTO Y LA DOSIS QUE SE ADJUNTA EN EL
INFORME MÉDICO:**

En, a.....de de 20

Firma del padre/madre/tutor-a legal (es obligatorio la firma de ambos)

Padre / tutor

Madre /tutor-a

IMPORTANTE

Antes de firmar la matrícula, 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 http://www.fuhem.es |
| Delegado de Protección de Datos | Avda. de Portugal, 79 (posterior), 28011 - MADRID (España) o dpd@fuhem.es |
| 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 dpd@fuhem.es 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 (www.aepd.es). |
| 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 |