



AUTORITZACIÓ PER AL SUBMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ

Jo, _____, amb DNI núm. _____,
com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____,
autoritzo a les educadores de l'Escola Bressol Criassó a subministrar el medicament receptat pel
pediatre o la pediatra del meu fill o filla en els termes establerts en el document de prescripció
facultativa (o recepta).

Nom de la medicació: _____

Dosi a subministrar: _____

Hora a subministrar: _____

Durada del tractament: _____

Conservació del medicament: Nevera Temperatura ambient

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable

Ajuntament de Xerta

Finalitat

Gestionar l'autorització per al subministrament de medicació a l'alumne del qual vostè és
pare/mare/tutor legal inscrit a l'Escola Bressol. No es prendran decisions automatitzades sobre la
base d'aquest perfil.

Drets

Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les quan correspongui, oposar-se al tractament, sol·licitar-
ne la limitació i la portabilitat, si s'escau.

Informació addicional

Podeu consultar-la al portal de transparència de l'Ajuntament:

<https://www.seu-e.cat/ca/web/xerta/govern-obert-i-transparencia/informacio-institucional-i-organitzativa/informacio-institucional/porteccio-de-dades-de-caracter-personal-1833>

A _____, el _____ d _____ de _____

Signatura,

