



D. /Dña. _____

D. /Dña. _____

Autorizan al Servicio de Enfermería y/o al personal del Centro para
administrar a _____ Curso _____

la siguiente medicación prescrita por su médico:

EN CASO DE:			
Nombre de la medicación	dosis	vía	caducidad

DECLARACIÓN

Marcar en caso de que firme un solo representante legal. De no hacerse, queda automáticamente sin efecto la autorización.

- Declaro ser el único representante legal del alumno y asumo, por lo tanto, todas las obligaciones inherentes a esta autorización.
- Declaro haberme resultado imposible obtener la firma del otro representante legal del alumno y en su nombre y en el mío propio asumo, por lo tanto, todas las obligaciones inherentes a esta autorización.

NOTA INFORMATIVA: En cumplimiento con la normativa europea y estatal vigentes, el Colegio San Agustín de Alicante (en adelante, EL COLEGIO) informa a los titulares de los datos personales cedidos en este documento que está encargado de su tratamiento, que lo hará únicamente para los fines para los que son cedidos y solo mientras dure la vinculación de sus titulares con EL COLEGIO o sea preceptivo para cumplir con la legalidad. Asimismo, EL COLEGIO les recuerda que únicamente podrá cederlos a los terceros mencionados en el consentimiento entregado por los representantes legales del alumno cuando fue formalizada la matrícula de este, y de que los consientes gozan de los derechos de acceso, rectificación, supresión ("derecho al olvido"), oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y reclamación de dichos datos personales. Podrán ejercerlos bien dirigiéndose por correo electrónico a datos@agustinosalicante.es o remitiendo un escrito acompañado de copia del DNI a: Delegado de Protección de Datos/Colegio San Agustín/Pintor Pedro Camacho, 2/03015 Alicante.

_____ de _____ de 20__

Firma del representante legal:

Firma del representante legal: