

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Dona \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_ pai, nai, o titor/a do  
alumno/a \_\_\_\_\_ do curso \_\_\_\_\_

EXIMO DE TODA RESPONSABILIDADE ao persoal do comedor escolar pola administración de  
medicamentos, que SOLICITO ADMINISTREN ao meu fillo/a ou tutelado/a.

Nome do medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis:

\_\_\_\_\_

Na FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ANPA DE CENTROS PÚBLICOS DE OURENSE tratamos a información que nos facilita co fin de prestarle o servizo e tratar os datos e documentos entre os que se atopan datos de saúde, xestionar, utilizar e acceder ós datos, realizar a facturación do mesmo e cumprir coas obrigas legais aplicables, sendo a base xurídica o consentimento. Os datos persoais e a documentación coa información referente á saúde do alumno serán conservados como mínimo durante os anos legalmente exixibles e no RGPD 2016/679 de 27 de abril de 2016 así como a lexislación sanitaria vixente. Os datos serán facilitados á empresa responsable do catering.

En cualqueraalquier caso, todo o personal que acceda, no uso das súas competencias, a calquera dato de saúde quedará suxeito ó deber de gardar segredo sobre os datos da mesma.

Vostede ten dereiro a obter a confirmación sobre si na FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ANPA DE CENTROS PÚBLICOS DE OURENSE estamos tratando os seus datos persoais, así como a exercer os seus dereitos como interesado de limitación, modificación, rectificación ou supresión. Pode obter máis información dirixíndose a:

Responsable: FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ANPA DE CENTROS PÚBLICOS DE OURENSE –  
G32009037 – Dir. Postal: Dtr. Fleming, 43 soto Teléfono: 988 241 351

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS:

FIRMO CONFORME FUN INFORMADO, ENTENDO E AUTORIZO O TRATAMIENTO DE DATOS  
PERSONAIS

E para que así conste, asino a presente autorización en

Ourense, o \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Sinatura nai, pai ou titor/a legal

\_\_\_\_\_