

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

(Nom i cognoms del pare, mare o representant legal) _____

amb DNI _____ AUTORITZO els monitors del Centre d'Esplai Xixell a
administrar al meu fill/a (nom, cognoms del nen/a) _____

_____ els següents medicaments amb prescripció
facultativa durant tota l'estada a l'activitat (colònies, casal, excursió...) _____

Nom del medicament i diagnòstic:

Durada del tractament:

Dosi: _____

Horari: _____

Observacions: _____

I perquè així consti, signo aquesta autorització:

(Signatura del pare, mare o representant legal)

L'Hospitalet de Llobregat, ____ de _____ de 20__

De conformitat amb l'establert pel REGLAMENT (UE) 2016/679 DEL PARLAMENT EUROPEU I DEL CONSELL de 27 d'Abril del 2016 (RGPD), i per la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, li informem que les dades personals que ens faciliti seran tractades per CENTRE d'ESPAI XIXELL (NIF G58344318) en qualitat de responsable del tractament amb l'objectiu de gestionar els serveis contractats i informar de les nostres activitats. A tot moment, podrà Vè. exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, limitar el tractament de les seves dades, o exercir el dret a la portabilitat dels mateixos. Tot això, mitjançant escrit, acompanyat de còpia de document oficial que li identifiqui, dirigit a Parc de la Remunta 4-5, 08901- L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).