

DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

PUNTUAL

El/La Sr./Sra , amb DNIcom a
representant legal de

Manifesta

1.- Que en data....., el doctor....., amb nº col·legiat.....
ha prescrit que s'administri al menor la dosi..... del medicament anomenat
..... cadahores. S'acredita amb una còpia testimoniada de
la prescripció facultativa.

2.- Que ha decidit administrar l'anterior medicació eximint de qualsevol responsabilitat
al personal del centre i al propi centre.

3.- Que el menorha de prendre la medicació
recomanada pel metge i que, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per
causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

Demana,

Que el personal del centre administri la medicació prescrita pel doctor.....
consistent en..... a administrar cadahores en substitució i
per ordre del representant legal del menor.

A el dia ... dede

Sgt. Representant legal.

Protecció de dades

Responsable del tractament: Comunidad Colegio Mare de Déu del Carme, amb domicili al carrer Doctor Robert no 5, el Prat de Llobregat. Finalitat: Les dades es faran servir per gestionar la vostra sol·licitud.

. Drets: Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament, portabilitat de les dades, a no estar sotmès a decisions individuals automatitzades i a la revocació. Per exercir els anterior drets heu de dirigir-vos a la direcció del responsable del tractament. Més informació sobre la política de protecció de dades: <https://www.escolamdcprat.com/avis-legal-politica-de-privacitat/>