

Ficha de autorización de Dispensación de medicación

NOME DO PAI/NAI OU TITOR

Autorizo a que os monitores/as do Campamento de Verán onde participa o meu / miña fillo/a , poidan dispensar a medicación que o meu fillo/a esta a tomar nestes intres por prescripción facultativa pertinente. E para que así conste aos efectos oportunos , asino en Oroso a ____ de _____ de 2016.

Asdo.

NOME DO/ A
CATIVO/A

MEDICACIÓN :

DURACIÓN :

PAUTAS DE DOSIFICACIÓN OU TOMAS NA MEDICACIÓN:

Outra información Relevante:

En cumprimento co previsto na LO 15/99 de Protección de datos de carácter persoal e o RD 1720/07, informámostle que os datos recollidos polo Concello de Oroso, coa finalidade de levar a cabo a xestión contable, fiscal e administrativa, serán almacenados nos ficheiros correspondentes titularidade do concello, os cales se encontran debidamente inscritos na Axencia Española de Protección de Datos. Así mesmo os datos serán cedidos a outras administracións ou empresas coa finalidade de xestionar o cobro de impostos, prestar servizos municipais, ou outras actividades relacionadas co normal funcionamento do concello. Vostede poderá, en todo momento, exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición sobre os seus datos persoais enviando ao concello unha carta debidamente asinada onde consten claramente os datos de contacto á cal deberá xuntarse fotocopia do seu DNI/NIF ou documento que acredite a súa identidade.



<hr/> <hr/> <hr/>

PRAZA DE ISAAC DIAZ PARDO, 1 | 15888 SIGÜEIRO – OROSO | A CORUÑA | T **981 691 478** | F 981 691 786 |
info@concelloroso.com

www.orosoe.es | www.concelloroso.com