



## **AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

### **MALALTS CRÒNICS O AL·LÈRGICS**

NOM ALUMNE/A \_\_\_\_\_

ETAPA \_\_\_\_\_ CURS \_\_\_\_\_ GRUP \_\_\_\_\_

MALALTIA O AL·LÈRGIA \_\_\_\_\_

SÍMPTOMA \_\_\_\_\_

NOM DEL MEDICAMENT \_\_\_\_\_

QUANTITAT A ADMINISTRAR \_\_\_\_\_

OBSERVACIONS:

NOM DE LA PERSONA QUE SOL·LICITA L'ADMINISTRACIÓ DEL MEDICAMENT

\_\_\_\_\_

PARENTIU AMB L'ALUMNE/A \_\_\_\_\_

**ÉS NECESSARI LLIURAR EL PRESENT DOCUMENT JUNTAMENT AMB UNA  
RECEPTA MÈDICA ON APARFEGUIN DE FORMA CLARA LES INDICACIONS DEL  
METGE RESPECTE AL MEDICAMENT I LA SEVA POSOLOGIA AIXÍ COM EL NÚMERO  
DE COL·LEGIAT/DA.**

Posem en el seu coneixement que les dades que vostè ens lliura voluntàriament, seran introduïdes en la **BASE DE DATOS GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DEL Col·legi Sant Gabriel** denominada **BDGEESG**, registrada en el R.G.F.P. de la A.E.P.D. amb el número 2021090048, el responsable del qual és el **Col·legi Sant Gabriel** a fi d'atendre la seva sol·licitud i per informar-lo de les nostres activitats. En tot cas i en qualsevol moment, vostè pot consultar, accedir, rectificar, cancel·lar o bé oposar-se que tractem les seves dades dirigint-se'n a Barcelona, Gran Via de les Corts Catalanes, 1196, on li facilitaran els impresos oficials oportuns i adequats a la seva pretensió.

Data:

Signat: