



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ALS ALUMNES

En/na _____ com a
pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____

Autoritzo i demano, sota la meva responsabilitat, que el personal de l'Escola de Música de
Vallldoreix doni al meu fill/a la següent medicació:

Nom del medicament: _____

Dosi: _____

Horari: _____

Calendari: Del dia _____ al dia _____

Indicada pel doctor/a: _____

Per un diagnòstic de: _____

Tant l'EMV com el personal de l'activitat que té cura de l'alumne/a quedarà totalment
exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura:

DNI:

Nota: Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i la recepta o informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, L'EMV no administrarà cap medicació.

De conformitat amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 (RGPD), la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre (LOPDGDD) i demés normativa legal vigent en matèria de protecció de dades personals, l'informem que les dades personals incorporades en aquest document seran tractades per **Quartettsatz SL** (Responsable del Tractament), amb la finalitat de mantenir una relació d'usuària del servei docent de l'Escola i les conservarà mentre es mantingui aquesta relació. No es comunicaran les dades a tercers, excepte per obligació legal, ni es realitzarà cap transferència internacional sense el seu consentiment previ. Així mateix, s'informa que pot exercir els drets d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les seves dades i els de limitació i oposició al seu tractament dirigint-se a **Quartettsatz SL** amb domicili Passeig de la Violeta, 84, 08197 Sant Cugat del Vallès, (Barcelona) o enviant un correu electrònic a emv@emevallldoreix.cat, junt amb una fotocòpia del seu DNI indicant el tipus de dret que vol exercir. Si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent, podrà presentar una reclamació davant l'autoritat de control a agpd.es.