



**AJUNTAMENT DE BEGUR**  
**ESCOLA D'EDUCACIÓ INFANTIL SES FALUGUES**  
**Ús de medicaments**



**SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ:**

Nom i Cognoms del pare, mare, tutor o tutora:

D.N.I o passaport.

Nom i cognoms de l'alumne/a:

Nom del medicament	
Dosi o quantitat	
Hora	
Durada del tractament (dies)	
Lloc de conservació del medicament (temperatura ambient o frigorífic)	

<b>BEGUR</b> de de
<i>Signatura</i>

*Les dades seran incloses en un fitxer automatitzat de l'AJUNTAMENT de BEGUR, per a la finalitat indicada, el qual adopta les mesures de seguretat necessàries, d'acord amb la normativa aplicable, que disposa la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Accepto expressament, via correu postal o electrònic, rebre informació municipal de l'AJUNTAMENT de BEGUR relativa a les funcions municipals de la Llei de Bases de Règim Local (7/1985 de 2 d'abril -Art. 25 i 28). Podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació, en els termes establerts en la legislació vigent, dirigint-se a l'Oficina de Registre de l'Ajuntament de BEGUR.*