

# HOJA DE MEDICACIÓN

NOMBRE:

	MEDICAMENTO	DOSI/ CANTIDAD	PARA QUÉ
DESAYUNO			
COMIDA			
CENA			
OBSERVACION			
VÍA ADMINISTRACION			

Don/Doña ..... como padre, madre o tutor/a  
certifica que ..... tiene que tomar la medicación  
descrita en la hoja de medicación.

Fecha: ..... de ..... de 2.022

Firma del padre, madre o tutor/a:

El Dr. /a. .... licenciado/a en Medicina y Cirugía y Colegiado nº  
..... certifica que  
..... tiene que tomar la medicación  
descrita en la hoja de medicación.

Fecha: ..... de ..... de 2.022

**(rellenar una de las dos autorizaciones)**

Con su firma nos autoriza, a "Federación ASEM", a tratar los datos que nos facilite, suyos o de otra persona a quien representa, en este formulario y durante todo el proceso de inscripción en el proyecto "Semana de Respiro Familiar ASEM 2022", con la finalidad de dar respuesta a su solicitud y organizar, gestionar, administrar, informar y realizar las colonias de verano ASEM. Los datos no serán cedidos a terceros, salvo cuando sea indispensable para la prestación del servicio u obligaciones legales, y en tales casos se garantizará el mayor grado de privacidad posible. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación, portabilidad, oposición y supresión de los datos a través del correo electrónico [info@asem-esp.org](mailto:info@asem-esp.org). Más información en [www.asem-esp.org](http://www.asem-esp.org). ¿Desea recibir comunicaciones relacionadas con nuestros servicios y nuestras actividades?:  Sí  No Fecha: Nombre, DNI y firma