

CANVI DE MEDICACIÓ – DIA DE SORTIDA

En/na _____ amb D.N.I. nº _____

- Com a responsable del/la participant.
- Per ordre de _____ amb D.N.I. nº _____

sota la meua responsabilitat, dono el meu consentiment per l'administració al Sr./Sra;
_____ la medicació que es relaciona a
continuació en la posologia detallada, deixant així anul·lada tota pauta anterior a aquesta.

MEDICAMENT	DOSI					
	Esmorzar	Mig matí	Dinar	Berenar	Sopar	Abans de dormir

*És important que calculeu bé les quantitats de medicació (pastilles i gotes) necessàries per a tots els dies de l'estada abans de lliurar-ho a l'ACELL.

Signatura:

De conformitat amb l'establert a la normativa vigent de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les seves dades seran incorporades al sistema de tractament titularitat de la FEDERACIÓ CATALANA D'ESPORTS PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL -ACELL- amb la finalitat de poder realitzar la gestió administrativa i comercial. El tractament de les dades queda legitimat basant-se en la relació comercial que ens uneix. No se cediran dades a tercers, excepte per obligació legal. Tenen dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com a altres drets, tal com es detalla a la informació addicional. Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web: www.federacioacell.org