

COMUNICACIÓN DATOS MÉDICOS

Don/Dona....., con
DNI....., como alumno/a **ou** pai/nai/titor ou titora legal do alumno/a menor
de idade

COMUNICA:

- Que non padece ningunha enfermidade que requira coñecemento do centro educativo co fin de estar alerta e poder tomar as medidas oportunas se a situación o require e que se esta situación cambia comprométome a comunicar ao centro educativo.

- Que o centro educativo debe estar ao corrente da situación de saúde/médica actual :..... para que se tomen as medidas oportunas se houberse algunha incidencia.

OBSERVACIÓNS:

- Adxúntanse a documentación acreditativa .

.....de.....de.....

Asdo.....

En cumprimento coa normativa vixente de Protección de Datos de Carácter Personal, informámoslle que os datos solicitados polo CPR NEBRIJA TORRE DE HÉRCULES, serán recollidos co compromiso de confidencialidade e coas medidas de seguridade necesarias. Vostede poderá en todo momento, exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidade, olvido e limitación dos seus datos de carácter persoal por correo ordinario na seguinte dirección PRAZA ANGEL RON FRAGA, 9, 15004, A Coruña nos termos establecidos na lexislación vixente sobre protección de datos persoais.