

DECLARACIÓ RESPONSABLE SOBRE MALALTIES CRÒNIQUES / DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Jo / Yo,
Nom / Nombre:
Cognoms / Apellidos:
DNI o equivalent / DNI o equivalente:

Com alumna/e major d'edat o com a mare/pare/tutor/a de l'alumna/e:

Como alumna/o mayor de edad o como madre/padre/tutor/a de la alumna/o:

Nom / Nombre:
Cognoms / Apellidos:
Grau / Grado:
Especialitat / Especialidad:
Curs / Curso:

DECLARE / DECLARO:

Que no ha canviat res de l'última documentació aportada sobre malalties cròniques, i per tant, vull que durant el present curs escolar continue vigent la documentació aportada referida a:

Que no ha cambiado nada de la última documentación aportada sobre enfermedades crónicas, y por tanto, quiero que durante el presente curso escolar continue vigente la documentación aportada referida a:

- Annex V Sol·licitud a la persona responsable de la direcció del centre per a subministrar medicació o una altra atenció en horari escolar
Anexo V Solicitud a la persona responsable de la dirección del centro para subministrar medicación o otra atención en horario escolar
- Annex VI Prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en temps escolar
Anexo VI Prescripción médica para la administración de medicamentos en tiempo escolar
- Annex VII Consentiment informat del pare, mare o tutor/a legal
Anexo VII Consentimiento informado del padre, madre o tutor/a legal

_____, a _____ de/ d' _____ de 20____

Signatura / Firma