

## 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