

# Ficha de medicación

Polas persoas con discapacidade intelectual ou do desenvolvemento

## DATOS PERSOAIS

Nome e apelidos:

Nº Seguridade Social:

## MEDICACIÓN

NON precisa tomar ningunha medicación.

SI, precisa tomar a seguinte medicación:

MEDICAMENTO	DOSE		
	ALMORZO	XANTAR	CEA
NOME			

### Informo que:

Revisada a información médica e examinado o nome da persoa participante, non hai ningunha evidencia médica que a impida participar no Servizo de Respiro Familiar organizado por FADEMGA Plena inclusión Galicia en instalacións comunitarias.

### PROTECCIÓN DE DATOS. Regulamento (UE) 2016/679 RGPD e LOPDGDD 3/2018.

FADEMGA Plena inclusión Galicia, como responsable do tratamento, tratará os seus datos para xestionar a inscrición e posterior participación no servizo de respiro familiar previa avaliación por parte dun profesional cualificado. Poderá exercitar os dereitos de acceso, rectificación e supresión dos datos, entre outros, tal e como se explica na información adicional que pode solicitar nas nosas instalacións ou enviando un correo electrónico a [familias@fademga.org](mailto:familias@fademga.org).

Data:

Dr./Dra.:

Nº de colexiado/a:

Asinado: