

Il Minore (Cognome) _____ (Nome) _____ nato li _____
residente a _____ Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- per patologia acuta

conseguentemente è prevista:

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitari (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): _____

Modalità di conservazione: _____

- È prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____

Diagnosi e stato di malattia: _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita": (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete): _____

Data,

Timbro e firma del Medico

(Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)

Al Dirigente Scolastico
della Scuola

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____,

frequentante la classe _____ presso la Scuola _____

di Via _____ Comune di _____ (____) anno scolastico ____/____

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Il Medico: _____

I Genitori: _____

Data,

Firma

[Handwritten signatures and initials]

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003
Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di
uso cronico e/o di emergenza a scuola

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli Interessati con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Pediatra di Famiglia, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale competente, al Ministero della Salute, all'AREU.
- Il titolare del trattamento è: _____
- Il responsabile del trattamento dei dati è: _____
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Data,

Il Dirigente Scolastico

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/2003)

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196 del 30.06.2003,

i sottoscritti (Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

in qualità di genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore:

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____

Prov. (_____) il _____

- acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

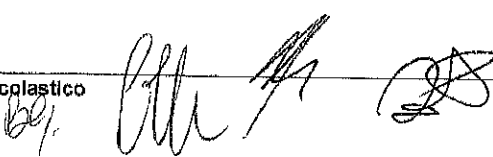
Nota importante: il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica

Data,

Firma di entrambi i genitori

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro





ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "N. SAURO"

Sede: Via N.Sauro,135 20861 BRUGHERIO (MB)

TEL 039/2873466 – FAX 039/2873478 - C.F.94581320150-C.M.MBIC8AL00P

mbic8al00p@istruzione.it - mbic8al00p@pec.istruzione.it

<http://www.icsaurobrugherio.edu.it>

INFORMATIVA PRIVACY INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

[Ver. A012 del 01/06/2021]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: <ul style="list-style-type: none"> - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovraintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL/ATS per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.); - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it

Luogo e data

ALLIEVO _____ Classe _____ Sezione _____ Plesso _____

Firma dell'allievo maggiorenne

Firma



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "N. SAURO"

Sede: Via N.Sauro,135 20861 BRUGHERIO (MB)

TEL 039/2873466 – FAX 039/2873478 - C.F.94581320150-C.M.MBIC8AL00P

mbic8al00p@istruzione.it - mbic8al00p@pec.istruzione.it

<http://www.icsaurobrugherio.edu.it>

Oppure, nel caso di allievo minorenni:

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore

Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore

Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.