

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

(la richiesta ha validità per l'anno scolastico in cui viene presentata e si deve rinnovare in ogni caso di trasferimento/passaggio ad altro Istituto in corso d'anno)

I sottoscritti _____ e _____

n. di telefono : _____

genitori dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il ___/___/_____ residente a _____ in via _____

frequentante la sezione/classe _____ della scuola _____

sita a _____ in via _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data _____ dal

dott. _____ n. di telefono: _____

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso
- Autorizzano l'auto-somministrazione del farmaco (se prescritto dal medico nell'allegato n. 2)
- Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

(luogo e data) _____, _____

Firma dei genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale): _____

Numeri di telefono utili:

Genitori: tel _____

Pediatra di libera scelta/medico curante:

Dott/dott.ssa _____ tel _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento: Istituto comprensivo di Ardenno, Via Libertà 2 - 23011 Ardenno (SO) tel. 0342-662237. L'istituto scolastico ha nominato Responsabile della protezione dei dati il Dott. Giancarlo Favero della Ditta Capital Security

Finalità e base giuridica del trattamento: I dati raccolti sono trattati al solo scopo di erogare agli interessati il servizio di somministrazione dei farmaci a scuola. Il trattamento è svolto per assistenza e terapia sanitaria (articolo 9 comma 2 lettera h. del Regolamento 2016/679/UE), sulla base di quanto disposto dal Protocollo d'intesa tra ATS della

Montagna, ASST Valtellina e Alto Lario e l'Ufficio Scolastico Provinciale di Sondrio per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, firmato in data 4 ottobre 2018

Destinatari dei dati: I dati non sono comunicati a terzi e non sono trasmessi fuori dall'Unione Europea.

Diritti dell'interessato: Gli interessati hanno il diritto di ottenere dal titolare, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati Dott. Giancarlo Favero della Ditta Capital Security Srls email giancarlo.favero@capitalsecurity.it, cell. 335-5950674.