

Allegato A

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPIEMONTE**

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO - FARMACO
SALVAVITA (contiene dati sensibili)**

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....

n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ secondaria di I grado
dell'IC MONS VASSALLUZZO DI ROCCAPIEMONTE plesso scolastico.

.....essendo il minore affetto dalla seguente

patologia e constatata la
necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico", con la presente

chiedono che

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

(oppure)

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola a prestare il primo soccorso secondo la propria formazione e le procedure previste dall'Istituto e, nei casi previsti dal Piano terapeutico, a somministrare il farmaco salvavita, attivando tempestivamente il Numero Unico di Emergenza 112 in caso di necessità."

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di _____ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. _____.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Allegato B

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPIEMONTE**

OGGETTO: ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE - INDICAZIONI PER LA
SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del
Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale))*

Il minore

Cognome Nome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N. Città.....

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Indicazioni relative alla conservazione del farmaco.....

Eventuali note:

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG

Allegato C

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPIEMONTE**

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a in Via.....

Essendo il minore effetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito e orario scolastico, la terapia farmacologica prescritta, secondo le modalità indicate nella documentazione medica allegata e con le modalità organizzative concordate con la scuola.”

da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....
.....

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali forniti nell'ambito della procedura per la somministrazione dei farmaci a scuola, compresi i dati relativi alla salute dell'alunno/a, saranno trattati dall'Istituto esclusivamente per le finalità connesse alla tutela della salute, della sicurezza e dell'incolumità dell'alunno/a e alla gestione delle procedure previste per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

Il trattamento sarà effettuato nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione e riservatezza, mediante strumenti cartacei e/o informatici, da parte di soggetti autorizzati e adeguatamente istruiti.

I dati saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali connesse alla gestione della richiesta e non saranno diffusi.

Il Titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo "Mons. Vassalluzzo" di Roccapiemonte, rappresentato dal Dirigente Scolastico pro tempore.

Per l'esercizio dei diritti previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali e per ogni ulteriore informazione è possibile rivolgersi al Titolare del trattamento e al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) dell'Istituto.

La documentazione sanitaria sarà conservata e trattata secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalle procedure adottate dall'Istituto.

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale
