



Istituto Comprensivo "don Lorenzo Milani"

Via Pietro Mascagni - 20871 Vimercate (MB)
Tel. 039/667522
c.f. 87004970155 - codice univoco UFJXIC
e-mail: mbic8ex001@istruzione.it -
mbic8ex001@pec.istruzione.it
www.icsdonmilanivimercate.edu.it



M.I.M.

Modulo 03

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 Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico dott.ssa Mariateresa Chieli
- Il responsabile del trattamento dei dati è il DSGA dott.ssa Elia Torino
- Voi potrete rivolgervi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Vostri diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrete opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Mariateresa Chieli
Firma omessa ai sensi art. 3 comma 2 DL 39/93

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)

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.

Modulo 01

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

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- 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

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 telefoni utili:

Il Medico: _____

I Genitori: _____

Data,

Firma