SCUOLA STATALE SECONDARIA DI 1° GRADO
"AMMENDOLA - DE AMICIS"
Sede Ammendola: Via Marciotti – Tel e Fax 081/8271161
Sede De Amicis: Via Marciotti (Istituto "Cristo Re") – Tel e Fax 081/8274850
80047 SAN GIUSEPPE VESUVIANO (NA)
Cod. Mecc. NAMM62600B - C.f. 92018810637 - Distretto Scolastico 32 – Uff. servizio B49

e-mail: namm62600b@istruzione.it - **PEC:** namm62600b@pec.istruzione.it - **Sito Web:** www.smsammendoladeamicis.edu.it

INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(*Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)*

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*

2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)

3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
- Dosaggio e orario
- Modalità di conservazione
- Durata (dal ------- al ------ oppure continuativa)
- Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

a) Nome del farmaco

b) Dose e modalità di somministrazione

c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2)

Al Dirigente Scolastico della Scuola secondaria 1° grado

"*AMMENDOLA- DE AMICIS*"

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/

☐ **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

☐ **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Firma

Data _____ _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____ _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Note – vedi retro

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

SCUOLA STATALE SECONDARIA DI 1° GRADO
"AMMENDOLA - DE AMICIS"
Sede Ammendola: Via Marciotti – Tel e Fax 081/8271161
Sede De Amicis: Via Marciotti (Istituto "Cristo Re") – Tel e Fax 081/8274850
80047 SAN GIUSEPPE VESUVIANO (NA)
Cod. Mecc. NAMM62600B - C.f. 92018810637 - Distretto Scolastico 32 – Uff. servizio B49

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679- SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Ai sensi della vigente normativa sul trattamento e la protezione dei dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal dirigente scolastico, Iovine Antonio Michele, in qualità di Titolare del trattamento, dovendo acquisire o già detenendo dati personali che riguardano Lei ed il minore che Lei rappresenta (studente), per l'espletamento delle sue funzioni istituzionali e, in particolare, per gestire le attività di istruzione, educative e formative stabilite dal Piano dell'Offerta Formativa, è tenuta a fornirle le informazioni appresso indicate riguardanti il trattamento dei dati personali in suo possesso.

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali Suoi e dello studente che Lei rappresenta, anche appartenenti alle categorie particolari come elencate nel Regolamento (EU) 679/2016, avrà le finalità di:

1. gestione delle 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, dietro prestazione del suo libero consenso

Periodo di conservazione

I dati personali raccolti per le finalità sopra descritti saranno conservati per il tempo prescritto dalla legge per l'espletamento delle attività istituzionali, gestionali e amministrative e saranno utilizzati (e mantenuti aggiornati) al massimo per la durata del rapporto tra la vostra famiglia e codesta istituzione o, prima, fino alla revoca del consenso.

Riferimenti per la protezione dei dati

Titolare del Trattamento dei dati personali è la scuola stessa, che ha personalità giuridica autonoma ed è legalmente rappresentata dal dirigente scolastico p.t.

Riferimenti per la protezione dei dati

Responsabile della protezione dei dati è il dott. Angelo Pagano, del quale si riportano di seguito i riferimenti di contatto: email pagano-angelo@virgilio.it

Le ricordiamo inoltre che in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento presentando apposita istanza con il modulo disponibile presso gli uffici di segreteria.

Diritti degli interessati

Le ricordiamo, ai sensi della vigente normativa ed in particolare degli articoli 15-22 e 77 del RGPD UE 2016/679, che lei ha sempre il diritto di esercitare la richiesta di accesso e di rettifica dei suoi dati personali, che ha il diritto a richiedere l'oblio e la limitazione del trattamento, ove applicabili, e che ha sempre il diritto di revocare il consenso e proporre reclamo all'Autorità Garante.

Destinatari dei dati personali e assenza di trasferimenti

I dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni alla istituzione scolastica quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- alle AUSL e agli Enti Locali per il funzionamento dei Gruppi di Lavoro Handicap di istituto e per la predisposizione e verifica del Piano Educativo Individualizzato, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- ad Aziende Ospedaliere;
- al Medico di Medicina Generale;
- all'Assessorato Regionale alla Sanità;
- al Ministero della salute.

I dati oggetto del trattamento, registrati in sistemi informativi su web, sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea e non sono quindi oggetto di trasferimento.

Il Dirigente scolastico

Ing. Michele Antonio Iovine

Firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art.3 comma 2, del D.Lgs. 39/93

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679- SOMMINISTRAZIONE FARMACI

GENITORE 1

La/il sottoscritta/o _____, genitore/tutore legale dell'alunna/o _____

_____,

nata/o a _____, il _____, iscritta/o alla classe_____,

per l'anno scolastico 20__/20__

dichiara di aver preso visione sul sito della scuola/in formato cartaceo dell'informativa SOMMINISTRAZIONE FARMACI fornita dal Titolare del trattamento, e inoltre

[ ] dà il consenso [ ] nega il consenso,

al trattamento dei propri dati per la gestione delle 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.

Data _____

Firma_____

GENITORE 2

La/il sottoscritta/o _____, genitore/tutore legale dell'alunna/o _____

_____,

nata/o a _____, il _____, iscritta/o alla classe_____,

per l'anno scolastico 20__/20__

dichiara di aver preso visione sul sito della scuola/in formato cartaceo dell'informativa SOMMINISTRAZIONE FARMACI fornita dal Titolare del trattamento, e inoltre

[ ] dà il consenso [ ] nega il consenso,

al trattamento dei propri dati per la gestione delle 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.

Data _____

Firma_____