

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.L.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.L. 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'indennità 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.

- 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 responsabile del trattamento dei dati è:.....
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti come previsti dall'art.7 del D.L. 196/2003 e per qualsiasi informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Laura Sisca

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

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....Nome.....

Nato a.....Prov..... Il.....

In qualità di:

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

- Acconsente 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 acconsente 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 inficia la possibilità di proseguire nella pratica.

Bellusco.....

Firma.....

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
di Bellusco e Mezzago

I sottoscritti:

Madre: Cognome..... Nome.....

Padre: Cognome..... Nome.....

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome(alunno).....Nome.....  
.....

Nato il..... a.....e frequentante nell'anno scolastico...../.....

La scuola .....Classe/Sezione.....

**C H I E D E**

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

A tal fine:

**S I I M P E G N A**

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.

**A U T O R I Z Z A**

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante.....

Genitori .....

In fede

Bellusco..... Firma.....

Modulo 01

Il minore (cognome).....(nome).....

Nato a .....il.....residente a.....

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 sanitario

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:.....

- E' 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 (esempio diabete):.....  
.....

Data,.....

timbro e firma medico.....