

Allegato n. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti

.....

genitori di

nato a..... il

residente a in via.....

frequentante la 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 autorizzazione medica rilasciata in data.....dal Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____

Allegato n. 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....
Data di nascitaResidente a
in via Telefono
Classe della Scuola
sita a in via
Dirigente Scolastico

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^ dose 2^ dose 3^dose 4^ dose
... ..

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

note

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Modulo 03/1

<p style="text-align: center;">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.</p>

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: **La Dirigente Scolastica Rosaria PRISCO**
 - Il responsabile del trattamento dei dati è: **l'Ass. Amm.vo SALAMITI Maria**
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico

Modulo 03/2

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,

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

In qualità di:

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome
nato a PROV.
il

- 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.

Data

Firma

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)