

OGGETTO: Modulo di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
genitori dinato a il
residente a in via.....
n.frequentante la classedel plesso..... scolastico.
.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata
l'assoluta necessità, 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 _____;

Le informazioni richieste sono necessarie alla somministrazione di farmaci previsti dal Piano terapeutico. Si solleva il 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, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Liceo Statale "G.Rechichi" di Polistena, in qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, la informa che tali dati saranno trattati al fine:

- di adempiere alla sua richiesta di somministrazione di terapie prescritte dal medico curante;
- di intervenire in caso di necessità afferenti alla salute;

La base giuridica del trattamento è articolo 6 comma 1 lettera d. I dati verranno trattati nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR e saranno conservati per il periodo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile alla seguente mail: mariagildaloiacocono@gmail.com. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati degli artt. 15 a 22 del GDPR, con comunicazione scritta da inviare al Titolare del trattamento nonché opporre reclamo al Garante della Privacy.

Per quanto non espressamente precisato si faccia riferimento all'informativa ai sensi dell'articolo 13 del GDPR resa alle famiglie e disponibile anche sul sito istituzionale al seguente link:
www.liceorechichipolistena.edu.it

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili coerentemente alle finalità dell'informativa:

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

.....

.....