



**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
A MINORENNI IN AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell' alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante codesto Istituto

**INFORMANO**

la Direzione che il proprio figlio/a è affetto/a da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ pertanto:

**CHIEDONO**

- La possibilità che lo stesso si auto - somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
- Sia continuata a scuola, la terapia prescritta al proprio figlio/a, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.
- Vengano somministrati al bambino/a i medicinali salvavita indicati nella prescrizione medica allegata, indispensabili per la cura della sua patologia secondo gli orari e le dosi indicate dal medico curante
- Sia instaurata, in caso di necessità, la terapia di emergenza di cui allegano prescrizione medica.

**AUTORIZZANO**

contestualmente il personale scolastico identificato dalla Direzione, alla somministrazione del farmaco (di cui viene allegata prescrizione medica di seguito descritta).

**SOLLEVANO**

il personale da ogni responsabilità penale e civile, derivante da reazione individuale ai farmaci consegnati

**SI IMPEGNANO**

- a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di trattamento
- a fornire il farmaco in confezione integra, al personale scolastico
- a richiedere un incontro in cui concordare le modalità di intervento

**N.B.** In caso di insorgenza di episodi di crisi la famiglia, tempestivamente informata dalla scuola, interverrà immediatamente provvedendo a riaccompagnare a casa il bambino; qualora nessun familiare fosse reperibile chiede che l'alunno/a, venga accompagnato/a al Pronto Soccorso più vicino.

I familiari sono reperibili ai seguenti numeri tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TERAPIA

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario 1^ dose \_\_\_\_\_ Orario 2^ dose \_\_\_\_\_

Orario 3^ dose \_\_\_\_\_ Orario 4^ dose \_\_\_\_\_

Durata terapia \_\_\_\_\_

Luogo e modalità di conservazione \_\_\_\_\_

## TERAPIA di EMERGENZA

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Evento per il quale somministrare il farmaco \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Eventuali note di Primo Soccorso \_\_\_\_\_

Luogo e modalità di conservazione \_\_\_\_\_

I sottoscritti inoltre prendono atto che, in riferimento all' art.13 del D.Lgs. 196/2003 UE n.679/2016 (GDPR) Cod. Privacy, i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati, saranno oggetto di trattamento ai soli fini della somministrazione della terapia prescritta e comunicati ad altri soggetti, solo qualora ciò si renda necessario per urgenze medico-sanitarie.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

Firma dei Genitori

Constatata l' assoluta necessità, **SI AUTORIZZA** la somministrazione della terapia prescritta, in ambito e orario scolastico. **La presente autocertificazione resterà valida fino a nuove comunicazioni.**

Timbro e firma della Coordinatrice Didattica

# INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (GDPR) PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI RICHIESTE DIETE PARTICOLARI



Il Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) prevede la disciplina per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Nel rispetto della normativa indicata, CASA PRIMARIA IN TREVISO DELL'ISTITUTO DELLE FIGLIE DELLA CARITA' CANOSSIANE, da qui in poi CASA PRIMARIA, tratta i dati personali secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Vs. riservatezza e dei Vs. diritti.


**Il Titolare del trattamento è CASA PRIMARIA nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore**

Sede legale: Viale Europa, 20 31100 Treviso

Sede amministrativa: Istituto Canossiano Padova via G. Tiepolo, 71 35129 Padova

Per maggiori informazioni è possibile inviare un messaggio all'indirizzo mail: [conslvpd@fdcc.org](mailto:conslvpd@fdcc.org)

## LA NOSTRA PRIVACY POLICY IN BREVE

 <p>I <b>dati personali</b> sono le informazioni riguardanti una persona fisica identificata o identificabile (“<b>interessato</b>”).</p> <p>Casa Primaria tratta i dati personali degli interessati per fini informativi</p>	 <p>Casa Primaria è il “<b>Titolare del trattamento per:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Documentazione relativa a dati sensibili degli allievi</b></li><li>• <b>Documentazione e certificati sulla situazione sanitaria</b></li><li>• <b>Documentazione farmaci da somministrare</b></li></ul> <p>e ha predisposto delle misure tecniche e organizzative adeguate a proteggere i dati personali degli interessati</p>	 <p>Il “<b>trattamento</b>” consiste in operazioni compiute con strumenti informatici o su supporti cartacei per raccogliere, organizzare e conservare i dati personali.</p>
 <p>Nel trattamento dei dati personali Casa Primaria si avvale di:</p> <p>“<b>responsabili esterni del trattamento</b>” che sono Consulenti che lavorano per Casa Primaria (es. Consulente Lavoro, Commercialista...)</p> <p>“<b>soggetti interni autorizzati</b>”, che sono alcuni dipendenti nominati da Casa Primaria e che ricevono formazione specifica (direttore, impiegati, inservienti, Religiose Assistenti)</p>	 <p>I dati personali non <b>vengono comunicati</b> a terzi e non sono oggetto di diffusione.</p> <p>N.B. il regolamento Europeo non considera la Pubblica Amministrazione e i consulenti esterni del Trattamento come “Terzi”</p>	 <p>Per ottenere <b>maggiori informazioni</b> sul trattamento dei dati personali operato chiedi a Casa Primaria l' informativa completa</p>

Ai sensi dell'Art. 13 del regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione dei dati personali si fornisce all'interessato le seguenti informazioni:

**Quali dati trattiamo dell'interessato:** I dati che vengono trattati sono i seguenti:

- Anagrafici, di contatto, situazione sanitaria, certificati medici, medicinali e modalità d'uso. I dati verranno trattati anche con l'utilizzo di strumenti informatici e digitali nei modi e nei limiti necessari per perseguire le finalità per cui si chiede il consenso

**Per quali motivi li trattiamo:** i dati raccolti sono finalizzati a poter garantire adeguata assistenza in caso di necessità per situazioni di salute certificate e indicate dai genitori dei bambini e/o loro medici, e/o per gestire adeguatamente le diete e somministrazioni di cibi e bevande

Sono garantite la riservatezza e la sicurezza dei dati raccolti.

**Cosa succede se non si ha il consenso sui dati da trattare:** non è possibile dare un servizio mensa adeguato, intervenire e/o contattarvi e informare medici e incaricati primo soccorso in caso di necessità

**Conservazione dei dati:** i dati saranno conservati per un periodo di tempo non superiore ad 1 anno dopo la fine della presenza dell'allievo a scuola

Sono garantiti all'interessato i diritti previsti dal Regolamento ed in particolare:

- Diritto di accedere ai propri dati personali, di chiedere rettifica, aggiornamento e la cancellazione, se incompleti errati o raccolti in violazione della legge.
- Il diritto a revocare il consenso, salvo per quanto visto sopra sull'obbligatorietà dello stesso, senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato prima della revoca
- Diritto della portabilità dei dati
- Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo

Tali diritti potranno essere esercitati presentando richiesta al Titolare del Trattamento dei dati presso la sede amministrativa indicata sopra.

## CONSENSO (GDPR)

### PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presa visione dell'informativa, io sottoscritto/a ..... nel comunicarvi i dati di contatto ed eventuali situazioni sanitarie e di salute di mio figlio/a iscritto in questa Scuola,

- consento il trattamento dei dati che vi ho dichiarato/consegnato
- non consento il trattamento dei dati che vi ho dichiarato/consegnato

Luogo e data, .....

Firma .....