**Allegato A Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO**: richiesta di somministrazione farmaco (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ................................................................... ...................................................................... genitori di .....................................................nato a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via.................................................................................

n. ….......frequentante la classe .......... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.S.I.G. plesso scolastico.

…………………………………….......essendo il minore affetto dalla seguente

patologia .... ........ ................... ...... ....................... …...............................................e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

□ che \_ l \_ propri \_ figli \_ 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 \_ l \_ propri \_ figli \_ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo 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***

**Privacy policy**

Con la presente clausola il Titolare del trattamento dei dati, l’Istituto Comprensivo Amedeo Duca d’Aosta di Ossona, in persona del Dirigente scolastico, dichiara, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento 2016/679 (GDPR), che il trattamento dei dati personali, qui richiesti, degli alunni sarà esclusivamente finalizzato ad autorizzare ed effettuare la somministrazione di farmaci salvavita da parte del personale della scuola appositamente incaricato. La base giuridica del trattamento è il consenso esplicito dell’interessato, ai sensi dell’art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR nonché la tutela di un interesse vitale, ai sensi dell’art 9), comma 2, lett. c) del GDPR. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza minime e delle regole di riservatezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. I dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute. I dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati, per il tempo in cui il Titolare del trattamento è soggetto ad obblighi di conservazione previsti, da norme di legge. Gli interessati hanno facoltà di esercitare i diritti previsti ai sensi della normativa vigente (artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22 del GDPR) nonché di proporre reclamo all’Autorità di controllo dello Stato di residenza (Garante Privacy). Il responsabile della protezione dei dati della Scuola è contattabile al numero telefonico: 0163 03 50 22 o all’indirizzo email: [dpo@easyteam.org](mailto:dpo@easyteam.org)

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR (rientrano nelle categorie particolari di dati personali i dati relativi alla salute delle persone).

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

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

..................................................................................

..................................................................................

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .................................................................cell/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 responsabilità genitoriale

..................................................................................

..................................................................................