

Modulo 01 - Certificato medico per la somministrazione di farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico ai sensi del punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP - ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Via _____ n° _____ Prov. _____

Affetto da (Diagnosi e stato di malattia): _____

PATOLOGIA CRONICA

PATOLOGIA ACUTA (manifestazione acuta correlata a patologia cronica nota) che può manifestarsi con i seguenti sintomi (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica) :

— NECESSITA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO

(Da completare in caso di situazione complessa)

La definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST territorialmente competente per la seguente situazione complessa:

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I E PRINCIPIO ATTIVO

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (orari, dose, via di somministrazione):

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE (secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i FI):

e' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero.

Durata della terapia (massimo un anno scolastico): _____

Prescrizione Adrenalina in caso di rischio di anafilassi

SI

NO

Data

Timbro e Firma del Medico

Modulo 02 – Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno

- Al Dirigente Scolastico
- Al Coordinatore dell'Asilo Nido
- Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno

della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (barrare la dizione pertinente)
COMUNE DI _____

Noi sottoscritti
Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

In qualità di: genitori soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Prov. _____

oppure

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ presso la scuola/Asilo Nido/Centro ricreativo estivo _____ (denominazione)

sito in Via _____ n° _____ Comune di: _____

nell'anno scolastico _____

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto
- Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
- Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):

A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc),
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).

Recapiti telefonici:

- Genitori _____
- Soggetto richiedente _____
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno _____
- Medico certificante _____
- Altri numeri utili _____

Data: ___/___/_____

Firma

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.

Modulo 3

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Informativa Interessati

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, informiamo che I.C. "G.D. ROMAGNOSI" (Sede Legale: CARATE BRIANZA - Tel. 0362/987451..... E-mail: MBIC830004@istruzione.it PEC: MBIC830004@pec.istruzione.it.....) in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto, (via fax, via e-mail) o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1, lett. a) Reg. 679/2016).

I.C. "G.D. ROMAGNOSI"..... garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

1. Data Protection Officer - DPO (Art. 13.1, lett. b) Reg. 679/2016)

Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'I.C. "G.D. ROMAGNOSI"..... è [EASYTEAM.ORG SRL - TRIBIANO \(MI\)](mailto:easyteam@easyteam.org), il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: rpd@easyteam.org..... - PEC: easyteam@easyteam.org.....
SIG. FERDINANDO BASSI

2. Finalità del Trattamento (Art. 13.1, lett. c) Reg. 679/2016)

Tutti i dati personali e sensibili comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- Erogazione delle prestazioni richieste espressamente dall'Interessato (Art. 6.1, lett. a) Reg. 679/2016);
- Rispondere ad un obbligo di legge (Art. 6.1, lett. c) Reg. 679/2016);
- Salvaguardare gli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività (Art. 6.1, lett. d) Reg. 679/2016);
- Esercitare un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (Art. 6.1, lett. e) Reg. 679/2016);

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- Inserimento nelle anagrafiche e nei database informatici;
- Gestione di obblighi di natura contabile e fiscale;
- Gestione di incassi e pagamenti;
- Gestione della prestazione richiesta dall'interessato;
- Rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo;
- Ottemperare a specifiche richieste dell'Interessato;
- Gestione di attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dagli operatori scolastici a tutela della salute del proprio figlio;
- Raccolta dei dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di somministrazione farmaci in orario scolastico.

3. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1, lett. e) Reg. 679/2016)

I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):

- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva (in particolar modo Regione Lombardia ed altri enti del sistema sanitario regionale e nazionale, secondo le prescrizioni del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari approvato dalla giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia – Regolamento regionale 24 dicembre 2012 – n.3);
- ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione prestazione richiesta nei modi e per le finalità sopra illustrate (Medici addetti alla formazione, insegnanti, personale ATA, educatori, amministrativi, Sindaco, ATS della Brianza, ASST competenti per territorio e AREU).

Si rende edotto l'Interessato che il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine di poter erogare nel modo corretto la prestazione richiesta dallo stesso. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile soddisfare le richieste dell'Interessato.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati.

I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

4. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2, lett. a) Reg. 679/2016)

I.C.G. DROMAGNOSI dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti dalla normativa vigente in materia e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

5. Diritti dell'interessato (Art. 13.2, lett. b) Reg. 679/2016)

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 15 Reg. 679/2016, di poter accedere ai propri dati personali;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 16 Reg. 679/2016, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 17 Reg. 679/2016, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 18 Reg. 679/2016, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- Diritto di opporsi al trattamento, ex Art. 21 Reg. 679/2016;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, solamente nei casi previsti all'art. 20 del reg. 679/2016, che venga compiuta la trasmissione dei propri dati personali ad altro operatore sanitario in formato leggibile

6. Diritto di presentare reclamo (Art. 13.2, lett. d) Reg.679/2016)

Si rende noto all'Interessato che ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

Il sottoscritto (cognome e nome)
in qualità di genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale dichiara di aver ricevuto e
preso atto dell'informativa di cui all'articolo tutore, curatore, amministratore di sostegno 13 del
Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Il sottoscritto (cognome e nome)
in qualità di genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale tutore, curatore,
amministratore di sostegno dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui
all'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Luogo e data

Firma
