

Allegato A

**Al Dirigente Scolastico
IST.MAG. A.CAIROLI
PAVIA**

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

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....n.....
frequentante la classe essendo il minore affetto dalla seguente patologia
.....
e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono

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_____;

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

Informativa in materia di trattamento dei dati personali

Il titolare del trattamento dei dati è l'Istituto Magistrale Statale "A.Cairolì di Pavia". I dati potranno essere trattati dai responsabili del trattamento nominati, oltre che dal personale autorizzato dell'Ente, comunicati in adempimento di obblighi normativi. Il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità al DL.gs 196/03 e al Regolamento UE 679/2016 - L'Istituto Magistrale Statale "A.Cairolì" dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza 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.

Consenso al trattamento dei dati

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) e del Regolamento UE 679/2016.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

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

Numeri di telefono utili:

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

.....
.....