**ALLEGATO A**

**Al DIRIGENTE SCOLASTICO**

**del LICEO “TOMMASO GULLÌ”**

**REGGIO CALABRIA**

**OGGETTO**: Richiesta di somministrazione **farmaco salvavita** (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_del Liceo St. Tommaso Gullì, sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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, dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

* 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 alla 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.

**Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL’ART.13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 - SOMMINISTRAZIONE FARMACI.**

Ai sensi della vigente normativa sul trattamento e la protezione dei dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal Dirigente Scolastico, Francesco Praticò, in qualità di Titolare del trattamento, dovendo acquisire o già detenendo dati personali che riguardano Lei ed il minore che Lei rappresenta (studente), per l'espletamento delle sue funzioni istituzionali e, in particolare, per gestire le attività di istruzione, educative e formative stabilite dal Piano dell’Offerta Formativa, è tenuta a fornirLe le informazioni appresso indicate riguardanti il trattamento dei dati personali in suo possesso.

**Finalità del trattamento.** Il trattamento dei dati personali Suoi e dello studente che Lei rappresenta, anche appartenenti alle categorie particolari come elencate nel D.M. della Pubblica Istruzione n. 305 del 7 dicembre 2006, avrà le finalità di: 1. gestione delle attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell’ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche, dietro prestazione del suo libero consenso

**Periodo di conservazione.** I dati personali raccolti per le finalità sopra descritti saranno conservati per il tempo prescritto dalla legge per l'espletamento delle attività istituzionali, gestionali e amministrative e saranno utilizzati (e mantenuti aggiornati) al massimo per la durata del rapporto tra la vostra famiglia e codesta istituzione o, prima, fino alla revoca del consenso.

**Riferimenti per la protezione dei dati**. Titolare del Trattamento dei dati personali è la scuola stessa, che ha personalità giuridica autonoma ed è legalmente rappresentata dal Dirigente Scolastico Francesco Praticò, in qualità di Titolare del trattamento.

**Diritti degli interessati**, Le ricordiamo, ai sensi della vigente normativa ed in particolare degli articoli 15-22 e 77 del RGPD UE 2016/679, che lei ha sempre il diritto di esercitare la richiesta di accesso e di rettifica dei suoi dati personali, che ha il diritto a richiedere l’oblio e la limitazione del trattamento, ove applicabili, e che ha sempre il diritto di revocare il consenso e proporre reclamo all’Autorità Garante.

**Destinatari dei dati personali e assenza di trasferimenti**. I dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni alla istituzione scolastica quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

• alle ASL e agli Enti Locali per il funzionamento dei Gruppi di Lavoro Handicap di istituto e per la predisposizione e verifica del Piano Educativo Individualizzato, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n.104;

• ad Aziende Ospedaliere;

• al Medico di Medicina Generale;

• all’Assessorato Regionale alla Sanità;

• al Ministero della salute.

I dati oggetto del trattamento, registrati in sistemi informativi su web, sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea e non sono quindi oggetto di trasferimento.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_