

 <i>Ministero dell'Istruzione</i>	<p style="text-align: center;">Istituto Comprensivo Statale “MICHELE PURRELLO”</p> <p style="text-align: center;">Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Via Fondo di Gullo, s.n. - 95027 San Gregorio di Catania Tel. 095 5877293 ctic86100r@istruzione.it – ctic86100r@pec.istruzione.it c.f. 80011180876 - www.purrello.edu.it</p>	 <i>Regione Sicilia</i>
 <i>Unione Europea</i>		 <i>“Cittadini domani”</i>

ICS "M. PURRELLO"-S. GREGORIO
Prot. 0006659 del 15/09/2022
V-7 (Uscita)

Ai genitori
Ai docenti
Al D.S.G.A.
Al personale ATA
Atti e sito web

Comunicazione n. 028

Oggetto: Integrazione e rettifica della comunicazione n. 12 sulla somministrazione farmaci.

Ad integrazione e parziale rettifica della comunicazione n. 12, prot. n. 6432 dell'11/09/2022, si trasmettono in allegato i moduli da 1 a 5 che sostituiscono quelli trasmessi in precedenza. Si fa presente che solo i moduli 1, 2, 3 e 5 sono stati effettivamente modificati con l'aggiunta della dichiarazione di avvenuta lettura dell'informativa per il trattamento dei dati personali. Inoltre, si aggiunge un ulteriore allegato contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali. Per tutto il resto rimane confermato quanto già detto nella comunicazione n. 12.

A partire da oggi, si invitano le famiglie interessate ad utilizzare esclusivamente i moduli allegati alla presente comunicazione. Per quanto riguarda coloro che hanno già inviato i moduli, si richiede di integrare inviando la copia dell'informativa con aggiunta a penna la seguente dicitura “I sottoscritti genitori dichiarano di aver letto la presente informativa per il trattamento dei dati personali” seguita dalle firme di entrambi i genitori.

Il Dirigente Scolastico

Dott. Andrea Saija

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 c. 2 del D.Lgs.n. 39/1993

Modulo 1 – Richiesta dei genitori/del tutore per auto somministrazione farmaci.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta auto somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori
di _____, nato/a _____ il _____,
residente in via _____, città _____,
alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____,
per l'anno scolastico _____,

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica allegata.

Nome del farmaco _____

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

e **DICHIARANO**

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Modulo 2 – Richiesta dei genitori/del tutore per accesso a scuola per somministrazione farmaci.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta accesso a scuola per somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori
di _____, nato/a _____ il _____,
residente in via _____, città _____,
alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____,
per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

L'accesso ai locali scolastici degli/dello scriventi/e o di nostro delegato durante l'orario scolastico
per la somministrazione del seguente farmaco.

Nome del farmaco _____

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

e DICHIARANO

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi
degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori,
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza
delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice
civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Modulo 3 – Richiesta dei genitori/del tutore per somministrazione di farmaci da parte di personale scolastico.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____, per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

Nome del farmaco _____

A tal fine

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

Il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

e

DICHIARANO

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt_____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Modulo 4 – Certificazione sanitaria rilasciata dal MEDICO.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

Vista la richiesta dei genitori/del tutore, il/la minore _____,
nato/a _____ il _____, residente in via
_____, città _____,
in relazione alla seguente patologia _____, di cui soffre

NECESSITA

la somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

Regole di conservazione

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, durata della terapia)

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia,
indicare in modo dettagliato i sintomi

Nel caso il farmaco non risultasse efficace si deve

È da considerarsi un farmaco salvavita SI NO

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno SI NO

Data, _____

timbro e firma del MEDICO

Modulo 5 – Richiesta dei genitori/del tutore per la conservazione di farmaci a scuola.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta conservazione di farmaci a scuola.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori
di _____, nato/a _____ il _____,
residente in via _____, città _____,
alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____,
per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

di conservare a scuola/nello zaino del/della minore il/i farmaco/i descritto nella allegata certificazione medica, in modo che possa essere prontamente disponibile, in caso di bisogno, per la somministrazione.

Dichiarano che sarà loro cura:

- controllare la scadenza del farmaco,
- fornirne una nuova confezione prima che sia esaurito,
- informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.
- di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

 <i>Ministero dell'Istruzione</i>	<p style="text-align: center;">Istituto Comprensivo Statale “MICHELE PURRELLO”</p> <p style="text-align: center;">Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Via Fondo di Gullo, s.n. - 95027 San Gregorio di Catania Tel. 095 5877293 ctic86100r@istruzione.it – ctic86100r@pec.istruzione.it c.f. 80011180876 - www.purrello.edu.it</p>	 <i>Regione Sicilia</i>
 <i>Unione Europea</i>		 <i>“Cittadini domani”</i>

Ai sigg.ri genitori

Informativa sul trattamento dei dati personali relativi a somministrazione farmaci, resa in base all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679

Gentili Signori,

secondo le disposizioni del Regolamento Europeo 2016/679, nel seguito indicato sinteticamente come Regolamento, il trattamento dei dati personali che riguardano i componenti della sua famiglia sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.

Vi forniamo, quindi, le seguenti informazioni sul trattamento dei dati più sopra menzionati:

- 1) Tutti i dati personali da Lei forniti, spontaneamente, in relazione alla sua richiesta di somministrazione farmaci verranno trattati esclusivamente per le finalità relative alla tutela della salute e del benessere di bambini/ragazzi definite dalla normativa vigente. (D.P.R. 8 marzo 1999 n.275 Regolamento in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, DM Decreto Ministeriale del 15 luglio 2003, n. 388 Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, Legge 13 luglio 2015 n.107, Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016, Piano sulla malattia diabetica, Regolamento Europeo 2016/679 e tutta la normativa richiamata e collegata alle citate disposizioni);
- 2) I dati personali particolari (relativi alla salute), previsti dall'art.9 del Regolamento, saranno trattati esclusivamente dal personale della scuola, appositamente autorizzato e istruito, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento fin qui citate e nel rispetto del principio di stretta indispensabilità dei trattamenti.
 - a) I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici nel rispetto delle finalità indicate al punto 1), quali ad esempio AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza), anche in relazione a quanto previsto dal D.M 305/2006, (Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della pubblica istruzione).
 - b) I dati non saranno mai oggetto di diffusione.

- 3) Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'erogazione del servizio richiesto.
- 4) Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza individuate ai sensi del Regolamento; i dati verranno conservati fino a quando necessari ai fini della terapia e nei tempi e nei modi indicati dalle Linee Guida per le Istituzioni scolastiche e dai Piani di conservazione e scarto degli archivi scolastici definiti dalla Direzione Generale degli Archivi presso il Ministero dei Beni Culturali.
- 5) Il titolare del trattamento è l'istituto scolastico nella persona del dirigente scolastico pro tempore.
- 6) Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) è la ditta NetSense S.r.l., P.IVA 04253850871, nella persona dell'ing. Renato Narcisi, email info@netsenseweb.com, PEC: netsense@pec.it .
- 7) Diritti degli Utenti: così come previsto dal Capo III del Regolamento dall'Art.15 all'Art.21 gli Utenti, ai quali i dati personali sono riferiti, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno degli stessi presso il Titolare del Trattamento, di conoscerne il contenuto e l'origine, di verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica e la limitazione, nonché di opporsi al loro trattamento. È inoltre facoltà dell'Utente richiedere copia dei dati gestiti. Le richieste vanno rivolte al Titolare del Trattamento. Eventuali reclami possono essere inviati al Responsabile della Protezione dei Dati. È diritto dell'Utente proporre reclamo presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati.

Il Titolare del trattamento
Dirigente Scolastico
Dott. Andrea Saija

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs n. 39/93