

Richiesta somministrazione farmaci a scuola per continuità terapeutica

I sottoscritti

Cognome e Nome MADRE _____ Cognome e Nome PADRE _____

genitori di

Cognome e Nome _____ nato a _____
il _____ Cod. Fisc. _____
Classe _____ Sezione _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a si autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale della scuola (docente o non docente)

terapia consistente nel/nei farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione (Piano Terapeutico) redatta in data _____

Data _____

Firma Madre _____

Firma Padre _____

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la responsabilità genitoriale.

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE/679/16 "GDPR" e del D. Lgs. 196/03 Il trattamento dei dati è funzionale all'espletamento della richiesta ed è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso. Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali ed in particolare lo stato di salute. I trattamenti di dati personali per queste categorie particolari sono effettuati in osservanza dell'art 9 del GDPR. In generale, ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente a soggetti competenti e debitamente nominati per l'espletamento dei servizi necessari ad una corretta gestione del rapporto, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare.

I suoi dati potranno essere comunicati a terzi quali operatori del servizio AREU (in caso di necessità di un intervento sanitario d'urgenza). L'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. UE 679/16 "GDPR" per l'esercizio dei quali si può rivolgere al Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) presso l'Istituto Maxwell via Don Calabria 2 – 20132 Milano (email privacy@maxwell.mi.it)

Data _____

Firma Madre _____

Firma Padre _____

Medico Prescrittore: Dott. _____ Tel. _____

Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Richiesta somministrazione farmaci a scuola per continuità terapeutica

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Al termine del trattamento copia del presente documento e degli allegati verrà conservato per un periodo di 10 anni da parte dell'Istituto.