

	 <p>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN GIUSEPPE JATO- SAN CIPIRELLO Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado ad indirizzo musicale C/da Mortilli s.n.c. - C.A.P. 90048 San Giuseppe Jato (PA) - PAIC 884002 E-mail: paic884002@pec.istruzione.it - paic884002@istruzione.it - Tel. 091/8579953 www.scuoledellojato.edu.it</p>	
---	--	---

CIRC. N. 12

**A TUTTI I GENITORI DEGLI ALUNNI
A TUTTI I DOCENTI
ALLA DSGA
SITO**

OGGETTO: Somministrazione o Auto somministrazione farmaci.

Si invitano i genitori / esercenti responsabilità genitoriale dei minori che necessitano, per patologia, dell'utilizzo di farmaci a scuola, a compilare e consegnare presso la segreteria alunni la richiesta in allegato debitamente compilata in tutte le sue parti, in cui si richiede la somministrazione del farmaco a cura del personale scolastico o personale designato dalle famiglie o l'auto somministrazione dello stesso ad opera del minore qualora sia in grado di farlo in autonomia.

Si ricorda che ogni modulo dovrà essere corredato sia della documentazione medica che della copia dei documenti di identità dei richiedenti, nonché delle relative firme.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

SALVATORE CIRAVOLO

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC SAN GIUSEPPE JATO - SAN
CIPIRELLO**

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale

|||

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale

|||

nella qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale del minore

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale

|||

residente a _____ Provincia _____ CAP

_____ Via _____ n° _____ frequentante la classe _____ sez _____

CHIEDONO

che il farmaco indicato nel piano terapeutico / certificato medico/ dichiarazione allegato/a alla presente

venga autosomministrato dal minore stesso sotto la supervisione di personale scolastico

esonero lo stesso da qualsivoglia responsabilità

DICHIARANO

✓ sarà nostra/mia cura e responsabilità provvedere alla fornitura del farmaco.

Si allega copia dei documenti di identità di entrambi i genitori.

Firma 1 _____

Firma 2 _____

Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma di affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario. "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Firma _____

AUTORIZZAZIONE
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

REDATTA AI SENSI DEGLI ARTT. DA 13 A 15 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

RIFERIMENTO: DECRETO-LEGGE 7 gennaio 2022, n. 1

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____ madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____ madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

del/della minore _____ della classe _____

DICHIARA / DICHIARANO

- di avere ricevuto l'informativa fornita dal Titolare del trattamento;
- che nulla osta al rilascio della seguente autorizzazione:
trattamento dei dati personali consistenti nella trasmissione/condivisione dei dati anche di nature medico -
sanitaria, non registrati in una banca dati, eventuale utilizzazione dei dati per finalità a valenza non esterna.
Il trattamento dei dati nelle modalità sopra esposte si attiverà esclusivamente nelle seguenti occasioni:

- gestione delle procedure relative alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico del minore sopra individuato.

PRENDE ATTO / PRENDONO ATTO

che esclusiva finalità di tale trattamento è predisporre le procedure da attuare relative alla richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il presente consenso potrà essere revocato in ogni tempo ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR con comunicazione da inviare via e-mail all'attenzione del Dirigente Scolastico .

DICHIARA/DICHIARANO INOLTRE

di prestare il consenso al Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).

Firma del genitore o tutore

Firma del genitore o tutore

In caso di **firma di un solo genitore**, va sottoscritta anche la parte sottostante.

"Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la sua estesa firma in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma leggibile del padre/madre/tutore



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN GIUSEPPE JATO- SAN CIPIRELLO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado ad indirizzo musicale

C/da Mortilli s.n.c. - C.A.P. 90048 San Giuseppe Jato (PA) - PAIC 884002

E-mail :paic884002@pec.istruzione.it - paic884002@istruzione.it - Tel. 091/8579953

www.scuoledelejato.edu.it

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (AII. 1)

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC San Giuseppe Jato- San Cipirello**

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nella qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale del minore _____

_____ nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ Provincia _____ CAP _____

Via _____ n° _____

frequentante la classe _____

CHIEDONO

che il farmaco indicato nel piano terapeutico / certificato medico allegato alla presente

(indicare l'opzione desiderata)

venga somministrato in ambito scolastico a cura di personale della scuola appositamente formato;

venga somministrato in ambito scolastico a cura del seguente personale esterno per il quale si chiede l'autorizzazione all'accesso;

✓ nome e cognome _____
nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

✓ nome e cognome _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

✓ nome e cognome

_____ nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Allegare documento di identità del delegato / dei delegati.

NOTA AUTORIZZATIVA

Autorizziamo il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco_

Il / i sottoscritti/o, consapevole/i che tale richiesta ha valore per l'intero ciclo scolastico

DICHIARANO

- ✓ sarà nostra/mia cura e responsabilità provvedere inoltre alla fornitura all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi;
- ✓ sarà nostra/mia cura e responsabilità provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e della necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione

Si allega copia dei documenti di identità di entrambi i genitori.

Firma 1 _____

Firma 2 _____

Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma di affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le

comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma _____

AUTORIZZAZIONE

PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

REDATTA AI SENSI DEGLI ARTT. DA 13 A 15 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)
RIFERIMENTO: DECRETO-LEGGE 7 gennaio 2022, n. 1

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____
madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____
madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

del/della minore _____ della classe _____

DICHIARA / DICHIARANO

- di avere ricevuto l'informativa fornita dal Titolare del trattamento;
- che nulla osta al rilascio della seguente autorizzazione:

trattamento dei dati personali consistenti nella trasmissione/condivisione dei dati anche di nature medico - sanitaria, non registrati in una banca dati, eventuale utilizzazione dei dati per finalità a valenza non esterna.

Il trattamento dai dati nelle modalità sopra esposte si attiverà esclusivamente nelle seguenti occasioni:

- gestione delle procedure relative alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico del minore sopra individuato.

PRENDE ATTO / PRENDONO ATTO

che esclusiva finalità di tale trattamento è predisporre le procedura da attuare relative alla richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il presente consenso potrà essere revocato in ogni tempo ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR con comunicazione da inviare via e-mail all'attenzione del Dirigente Scolastico .

DICHIARA/DICHIARANO INOLTRE

di prestare il consenso al Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).

Firma del genitore o tutore

Firma del genitore o tutore

In caso di **firma di un solo genitore**, va sottoscritta anche la parte sottostante.

“Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la sua estesa firma in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317,337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma leggibile del padre/madre/tutore
