

ALLEGATO N. 3

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....a.....Residente a.....

In Via.....Telefono.....

Classe.....Sez.....della Scuola.....

Sita a.....in Via.....

Dirigente Scolastico.....

DEL SEGUENTE FARMACO

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....Dose.....

Orario: 1^ dose.....2^ dose.....3^ dose.....4^ dose.....

Durata terapia: dal.....al.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

MOD. B

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI POMARANCE

Pomarance,

Oggetto: Richiesta di vigilanza autosomministrazione farmaco/i in orario scolastico

I sottoscritti genitori (o chi ne fa le veci)

di

frequentante la classe sez Plesso

della scuola

Constatata l'assoluta necessità;

- chiedono al personale della scuola di vigilare durante l'autosomministrazione, in ambito ed orario scolastico, dei farmaci come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott..... ;
- precisano che è in grado di provvedere personalmente all'assunzione del farmaco.

Dichiarano che sarà loro cura: consegnare il farmaco alla scuola, controllarne la scadenza e fornirne nuova confezione prima che sia esaurito, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato da

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Firma.....

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a _____

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____

(oppure) esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a _____,
nato a _____, il ___/___/___ e residente a _____,
iscritto alla classe ____, sez. __, dell'Istituto _____,
consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di
intervento personalizzato prot. _____ n _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ___/___/___ dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL _____

medico pediatra di libera scelta dott. _____

medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

➤ nel seguente luogo: _____

➤ con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/dello studente _____

Allegato A

INFORMATIVA AGLI UTENTI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 79 DEL D.Lgs. 30 GIUGNO N. 196 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (CODICE PRIVACY) E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SCOLASTICO E MODALITA’ DI COMUNICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE (D.Lgs. n. 196/2003)

L’Istituto Scolastico I.C. "Marco Tabarrini" in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (c.d. Codice Privacy) in relazione all’accordo di collaborazione per la somministrazione dei farmaci a scuola tra Regione Toscana, Ministero dell’Istruzione, Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana, Delibera n. 653 del 25/05/2015 informa che:

Il trattamento dei dati personali è indispensabile per poter procedere all’applicazione della Delibera Regionale n. 653 del 25/05/2015 per la tutela della salute dello studente richiedente la somministrazione dei farmaci in ambito e in orario scolastico e il relativo consenso verrà documentato da operatori autorizzati.

Il mancato consenso al trattamento dei dati, con eccezione dei trattamenti urgenti e di quelli disposti da Autorità Pubblica (Sindaco, Autorità Giudiziaria) comporta l’impossibilità di applicare quanto descritto nella Delibera Regionale n. 653 del 25/05/2015.

Garanzie sulla riservatezza dei dati:

· Si informa che il Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 (Testo Unico sulla Privacy) prevede espressamente la tutela delle persone rispetto al trattamento dei loro dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la sua riservatezza ed i suoi diritti.

Al riguardo:

· I dati acquisiti durante l’applicazione dello specifico percorso di somministrazione farmaci a scuola, vengono trattati esclusivamente per finalità informative/formative nell’ambito della Delibera n. 653 del 25/05/2015.

· I dati sono trattati con strumenti elettronici e cartacei nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Decreto Legislativo n.196/03.

· I dati vengono utilizzati solo da parte di operatori appositamente autorizzati e individuati come Incaricato del trattamento..

· Titolare del trattamento è l’ Istituto Scolastico I.C. "M. Tabarrini", con sede a Pomarance - Via Cercignani n. 38; Responsabile del trattamento dei dati e il Dirigente Scolastico Laura Pineschi, cui può rivolgersi presso l’indirizzo mail piic824004@istruzione.it.

Per ulteriori informazioni e/o far valere i suoi diritti di seguito riportati per estratto, potrà rivolgersi al seguente indirizzo di posta elettronica: piic824004@istruzione.it.

Estratto articolo 7 del Decreto Legislativo 196/03:

1. L’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione:

a) dell’origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

Il Titolare del Trattamento dei dati
Istituto Scolastico I.C. "M. Tabarrini"

Consenso al trattamento dei dati.

Preso atto dell'informativa sopra riportata

Il/La

sottoscritto/a.....nato/a.....

il e residente in..... via

città.....prov.

in qualità di :

diretto Interessato esercente la Tutela, Curatela o Amministrazione di Sostegno,

dello studente..... nato a

.....il.....

con la presente AUTORIZZA NON AUTORIZZA

all'utilizzo dei dati personali oggetto di comunicazione per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa.

Data **Firma dell'interessato, o di chi esercita la Tutela**.....