



Vimercate 13/09/2023

Al Personale Scolastico
 Ai genitori e/o Tutori
 Agli alunni
 Al sito
 Agli atti

Oggetto: Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI.

Il Dirigente Scolastico, in riferimento alla “Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI”,

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 112 concernente il “conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali”;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165, concernente “norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTA la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le “Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico” a firma dei Ministri del MIUR e della Salute;

VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 19.04.18, art. 28, comma 4;

PREMESSO che “*la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto*” (art. 2 delle suddette Linee Guida);

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;
 dispone la seguente procedura per quanto previsto in oggetto.

Con la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola oltre ad avere realizzato e fornito una nuova modulistica che si allega.



Dalla nota emerge che:

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).
- Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

– effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;

– concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;

– verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati.

– Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del D. Lgs. n. 626/94 ed abbiano svolto obbligatoriamente la formazione in situazione (poi D. Lgs. n. 81/2008).

Pertanto, la presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

Soggetti e destinatari

Oggetto della presente comunicazione è la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario e ambito educativo, scolastico e formativo.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (**farmaco indispensabile o salvavita**) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A. formati.

I docenti e il personale ATA, invitati dal Dirigente Scolastico a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati dalla ASL in merito a quanto attinente al piano terapeutico. Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla Istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico.

È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, secondo le procedure indicate nella presente comunicazione, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento.

È compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco. Nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o



ad altro Comune/Provincia, è compito della famiglia informare la Scuola che accoglie il bambino o il ragazzo.

Procedura

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:
1. formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale;
 la richiesta sarà corredata di certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e del piano terapeutico.

Il Dirigente Scolastico, una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica:

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del Dirigente Scolastico;
- l'esigenza di formazione specifica. Il Dirigente Scolastico prenderà i contatti con l'ASL per richiedere la formazione.

In seguito:

- convoca la famiglia, a tutela della privacy, per il consenso scritto sull'informazione data agli studenti e al personale interessato, sul locale dove si assisterà l'alunno, sulla conservazione del farmaco. In tale consenso la famiglia viene avvisata che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione: al verificarsi di tali evenienze sarà contattata la famiglia per procedere alla soluzione contingente.
- Il Dirigente Scolastico, il medico, il personale resosi disponibile e i genitori stenderanno il PIP (Piano di Intervento Personalizzato);
- il genitore firmerà il verbale di consegna del farmaco in segreteria;
- il personale formato potrà procedere alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni piano terapeutico e del PIP Piano di Intervento Personalizzato.

Auto somministrazione

La norma prevede l'autosomministrazione dei farmaci per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASL e la famiglia. A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola". L'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco (nello zaino dell'alunno).

Luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci

Il docente fiduciario di plesso propone al Dirigente scolastico i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni.



- I genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati.

Durata della terapia/attività a supporto di alcune funzioni vitali

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Modifiche o sospensione della terapia

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione.) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla Scuola.

Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente Scolastico e con la famiglia.

Gestione delle emergenze

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Non disponibilità del personale della scuola

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente Scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- a. ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;
- b. al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.



Gestione dell'emergenza

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al 118 avvertendo contemporaneamente la famiglia.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

Sono allegati alla presente la documentazione da compilare e rendere a mano alla Segreteria della Dirigente Scolastica o inviare esclusivamente alla seguente e-mail: iis@einsteinvimercate.edu.it; per qualsiasi altra informazione o chiarimento si prega di contattare la scuola esclusivamente al numero 039-668046 interno 7.

- **ALLEGATO 1** Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano Terapeutico;
 - **ALLEGATO 2** Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico;
 - **ALLEGATO 3** Verbale di consegna alla Scuola del farmaco;
 - **ALLEGATO 4** Informativa per genitori/tutori e alunni maggiorenni
- **Si invitano gli interessati a consultare il Regolamento d'Istituto per l'uso dei laboratori di Chimica – Biologia Microbiologia pubblicato al sito in allegato alla circolare n 21 as 22/23 ed in Home page.**

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Michelina Maddalena Ciotta

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c. 2, D. Lgs. n. 39/1993)

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO
SI CERTIFICA**

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a,
in data/..../..... residente in

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 e Considerata l'assoluta necessità per
il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco
....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la
somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

salvavita oppure indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore dell'alunno/a (oppure) all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/..../.....

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare Mattina (h.) dose da somministrare
Pasto (prima, dopo) dose
- Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... (**Oppure**)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....

- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASSL

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

**Certificato medico per la somministrazione dei farmaci ad uso cronico
e/o di emergenza in ambito scolastico. a.s 23/24**

Nome e Cognome dello/a studente _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza/domicilio _____

NECESSITA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO:

- patologia cronica patologia acuta

CONSEGUTIVAMENTE È PREVISTA:

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte di un genitore in ambito scolastico
- La somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano assistenziale da parte del distretto sociosanitario (situazioni complesse)

LE INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SONO LE SEGUENTI:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione (orari – dose – via di somministrazione) _____

Ubicazione del farmaco e metodo di conservazione (se conservato dal personale scolastico segue la dichiarazione di verbale di consegna del farmaco) _____

Durata della terapia accettata dalla scuola è un anno (ogni inizio di anno scolastico viene richiesta questa documentazione ex novo) _____

Diagnosi e stato della malattia _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita". Si prega di descrivere in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica.

La definizione di un piano di assistenza è richiesta per la seguente situazione complessa (es. diabete)

Data e luogo

Timbro e firma del medico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Indirizzo

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),

Genitore dello/a studente/essa, (oppure) Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, nato/a a il/...../..... e residente a in Via che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto sito in Via Cap Località Provincia,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale della Scuola individuato dal Dirigente Scolastico, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

_____ /_____/_____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.

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)

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

genitore dell'alunno/a _____

(oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

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. _____ del _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnati in segreteria 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 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/esercente la potestà genitoriale _____

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 28 del Regolamento UE 2016/679
Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili genitori, desidero informarvi che **l'art. 28 del Regolamento UE 2016/679**, in materia di protezione dei dati personali garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché nella dignità dell'interessati con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale ed al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza su minori o maggiorenni bisognosi di assistenza, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità:
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Agenzie Ospedaliere, al pediatra di famiglia, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale competente, al Ministero della Salute, all'AREU.
- Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico Prof.ssa Ciotta Michelina Maddalena
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dott. Bassi Ferdinando della ditta Easyteam.org S.r.l.
- Ella potrà rivolgersi al titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del DS. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Distinti Saluti

Il Dirigente Scolastico

Michelina Maddalena Ciotta

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c. 2, D. Lgs. n. 39/1993)

CMM/cmc

IIS Albert Einstein

Via Adda,6 - 20871 Vimercate (MB)
Codice mecc : MBIS106008
Codice Fiscale: 94060670158
Tel. 039 668046 Fax. 039 669544

iis@einsteinvimercate.edu.it
MBIS106008@istruzione.gov.it
MBIS106008@pec.istruzione.it
www.einsteinvimercate.edu.it

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e dal art. 28 del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 in applicazione della "protezione dei dati personali".

I GENITORI / ALUNNO MAGGIORENNE

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

acconsentono () al trattamento dei dati personali e sensibili, atti a permettere la somministrazione dei farmaci ad uso cronico e / o d'emergenza a scuola.

Non acconsentono () al trattamento dei dati personali e sensibili, atti a permettere la somministrazione dei farmaci ad uso cronico e / o d'emergenza a scuola.

Nota importante: Il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica

Data

Firma

Firma
