

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (“**Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy**”).

I sottoscritti \_\_\_\_\_ Genitori  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ ;

avendo inoltrato nel decorso dell'a.s. 2024/2025 formale richiesta per la somministrazione del farmaco e/o terapia in orario scolastico, considerato che il farmaco e/o la terapia non sono mutati rispetto l'anno scolastico precedente, i sottoscritti

### **C H I E D O N O**

la prosecuzione della somministrazione anche per l'Anno Scolastico 2025/2026, ed esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico, sollevando il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

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

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio di ordine e grado scolastico, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica (allegati 1-2), 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. **I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112***

#### **Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto I.C. “G. Gavazzeni” dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto I.C. “G. Gavazzeni” dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott.ssa Cicogna Valeria dell'Istituto I.C. “G. Gavazzeni” di Talamona.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ I Genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_