

INFORMATIVA PRIVACY PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

redatta ai sensi degli articoli da 13 a 15 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.)

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola

Gentili genitori o esercenti patria potestà,
desidero informarvi che il Regolamento UE 2016/679,

garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e 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 emergenza sullo studente (minorenne o maggiorenne), nell'ambito scolastico, sia durante l'attività formative in aula che durante le uscite didattiche;
- la gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata;
- i dati saranno comunicati al Consiglio di Classe, al referente per la somministrazione farmaci e al personale disponibile alla somministrazione dei farmaci;
- i dati saranno trasmessi alla mail segnalazioni.scuolasalute@uslcentro.toscana.it per la valutazione da parte del Nucleo di valutazione scuola del Distretto AUSL competente;
- il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico, Dott.ssa Marzia Andreoni e il RPD dell'Istituto è l'Ing. Alessandro Ottanelli;
- il responsabile **esterno** del trattamento dei dati è AUSL Toscana Centro;
- ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i suoi diritti e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

IL DIRIGENTE

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (G.D.P.R.)

Preso atto dell'informativa privacy per la somministrazione dei farmaci a scuola

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

In qualità di:

genitore

soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Provincia _____ il _____

acconsente al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

Nel caso di firma di un solo genitore, 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 in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori;

Firma 1° genitore _____

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

In qualità di:

genitore

soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Provincia _____ il _____

acconsente al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

Firma 2° genitore _____

Data _____