

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. di Lavis
Via Carlo Sette, 13/A
38015 Lavis (TN)

Io sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente a _____ in via
_____ che frequenta la classe _____ sez. _____ della Scuola
_____ sita in via _____
cap. _____ località _____ prov. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

CHIEDO

in nome e per conto anche dell'altro genitore

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare a mio/mia figlio/a il farmaco (scrivere il nome del farmaco) _____, come da Piano di Trattamento Individuale allegato, personalmente o tramite _____ da me incaricato;

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito/a dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco (scrivere il nome del farmaco) _____, come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco (scrivere il nome del farmaco) _____, come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

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 lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato a darsi la necessaria organizzazione.

Inoltre, chiedo di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno durante le attività scolastiche.

La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/2016/679

In fede

Data _____

_____ FIRMA

Numeri di telefono utili:

Genitori: tel. abitazione _____

Mamma cell _____ Papà cell _____

Altra persona delegata: _____

Informativa ai sensi del Reg. UE 2016/679

L'ISTITUTO COMPRENSIVO LAVIS, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 2016/679, informa che i dati personali forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, per finalità istituzionali, per attuazione di obblighi di legge e per finalità amministrative-contabili. Base giuridica del trattamento sono l'attuazione del servizio richiesto, l'adempimento di pubblici poteri di cui è investito il Titolare, il consenso dell'interessato, ove necessario. I dati conferiti verranno comunicati solamente ai soggetti appositamente designati e autorizzati al trattamento. Il Responsabile della protezione dati designato è Studio Gadler s.r.l., sito in Via Graberi 12/A, referente dott.ssa Gioia Cantisani, che sarà contattabile al numero 0461-512522 e/o agli indirizzi e-mail dpo@studiogadler.it, PEC: pec.gadler@pec.gadler.it. Per l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. Ue 2016/679 e/o per la visione dell'informativa completa, il Titolare è contattabile all'indirizzo e-mail: segr.ic.lavis@scuole.provincia.tn.it, telefono 0461/246535 o presso la propria sede in Via Carlo Sette, 13/A - 38015 Lavis (TN).