

**REFEZIONE SCOLASTICA:
RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE MEDICINALI
SALVA VITA**

COMUNE DI NUS

Via Aosta n. 13 - tel. 0165 763.715-- fax 0165 763.719

E-mail: info@comune.nus.ao.it

Responsabile procedimento: TREVES Selena

Protocollo
(riservato all'ufficio)

I sottoscritti (cognome-
nome di entrambi i genitori) _____

residenti a _____ in via _____ n. _____

Tel. n° _____ genitori del bambino/a _____

iscritto per l'a. s. _____ alla scuola _____ classe _____ Sez. _____

**AUTORIZZANO LE ASSISTENTI DELLA REFEZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SALVA VITA
AL/ALLA PROPRIO/PROPRIA FIGLIO/A NEL CASO E NEI MODI SOTTODESCRITTO**

DICHIARANO CHE LE PERSONE DA CONTATTARE IN CASI DI EMERGENZA SONO: (IN ORDINE DI PRIORITA')

_____ TEL. _____

_____ TEL. _____

_____ TEL. _____

ALLEGATI

certificato medico rilasciato dal Dott. _____

Autorizziamo altresì a trasmettere copia della presente con copia dell'allegato certificato medico alla Società SODEXO S.p.a. la quale si occupa della gestione delle assistenti alla refezione scolastica.

NUS, _____ Firma dei genitori

Madre: _____

Padre: _____

AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I: INFORMATIVA SULLA PRIVACY

ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy (D.Lgs. 30/06/2003 n.196)

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Tali dati verranno trattati per finalità di rilevante interesse pubblico (ai sensi dell'art. 73 comma 2 lett.b del Codice Privacy) connesse e strumentali esclusivamente all'attività di erogazione del **servizio di trasporto scolastico**, utilizzando strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I dati potranno essere trattati anche utilizzando strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi secondo le procedure previste dal Documento Programmatico della Sicurezza in vigore nell'ente.

La informiamo, inoltre, che i suoi dati potranno essere trattati anche da Enti pubblici e privati coinvolti nell'erogazione del **servizio di trasporto scolastico** e sempre ed esclusivamente per esigenze finalizzate all'erogazione del servizio.

La informiamo sulla natura obbligatoria del conferimento dei dati e anche sulla inevitabile impossibilità da parte nostra di erogare i servizi e adempiere agli obblighi nei suoi confronti conseguente al suo eventuale rifiuto di conferire i dati e di autorizzarne la comunicazione alle suddette categorie di soggetti.

La informiamo, infine, che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice della Privacy sotto riportato.

Titolare del trattamento dei dati: Comune di NUS – Via Aosta n. 13 – 11020 NUS (AO)

Responsabile del trattamento dei dati: Il Segretario Comunale

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Art. 7 del Codice della Privacy (D.Lgs. 30/06/2003 n.196)

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.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

(da consegnare al proprio medico curante)

FAC-SIMILE DI CERTIFICAZIONE MEDICA/PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO

Si certifica l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il/i seguente/i farmaco/i all'alunno:

cognome _____ nome _____ nato a
_____ in data _____, iscritto alla classe ____ sez. ____ della Scuola
_____.

Diagnosi per la quale è prevista la somministrazione del farmaco

nome commerciale del farmaco _____

nome generico del farmaco _____

posologia/dose _____

modalità di somministrazione _____

(es. autosomministrazione, da parte del personale scolastico, da parte del personale ausiliario,...)

orario (se trattasi di farmaco per terapia continuativa) _____

durata della terapia _____

modalità di conservazione del farmaco _____

eventuali note _____

Il sottoscritto medico dichiara che le informazioni sopra riportate sono sufficienti per la somministrazione del farmaco da parte di personale non sanitario purché formato ai sensi del protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola (DGR n. 1023/2018).

Data _____

Timbro e firma del medico _____