

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

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 il D. Lgs 196/2003 “Codice 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 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 su minore, 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: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Il titolare del trattamento è l'istituto scolastico nella persona del Dirigente Scolastico protempore
- Voi potrete rivolgervi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Vostri diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrete opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico
ERSILIA SUSANNA CAPALBO
Firma omessa ai sensi art. 3 comma 2 DL 39/93

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D Lgs. 196 del 30.06.2003,

I sottoscritti (Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

In qualità di: genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Prov. (_____) il _____

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

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

Data,

Firma di entrambi i genitori

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.