

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE
n.2016/679

I sottoscritti :

Madre: cognome _____ Nome _____

Padre: cognome _____ Nome _____

in qualità di:

genitore

soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

del minore:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

acconsentono al trattamento dei dati personale e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza per il servizio educativo di Pre e Post Scuola – anno scolastico 2023/2024

non acconsentono al trattamento di dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza per il servizio educativo di Pre e Post Scuola – anno scolastico 2023/2024

Il mancato consenso inficia 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.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE.

Si rinvia all'informativa pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Muggiò, nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", SOTTOSEZIONE "ALTRI CONTENUTI", "DATI ULTERIORI"

Il minore (Cognome) _____ Nome _____

Nato il _____ residente a _____ Via _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- patologia acuta

Conseguentemente è prevista:

- l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte dei genitori in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione: _____

- è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia: Servizio educativo di Pre e Post Scuola – anno scolastico 2023/2024

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "Salvavita": *(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)*

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data

Timbro e firma del Medico

Alla Responsabile
dell'Area Servizi Educativi

Alla Responsabile
dell'ATI
TRE EFFE Cooperativa Sociale Onlus
Cooperativa Sociale META Onlus

I sottoscritti

Madre: Cognome _____ Nome _____

Padre: Cognome _____ Nome _____

genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

frequentante il _____.

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,

coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNANO

a consegnare il farmaco al personale educativo incaricato del servizio di Pre e Post Scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'anno scolastico 2023/2024;

AUTORIZZANO

il personale educativo dipendente dall'ATI TRE EFFE Cooperativa Sociale Onlus / Cooperativa Sociale META Onlus del servizio frequentato dal minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i, come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

il minore stesso alla auto somministrazione del /dei farmaco/i come indicato nel modulo 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Il medico: _____

I genitori: _____

Data

Firme

