

**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 Centro Ricreativo Estivo 2025;

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 Centro Ricreativo Estivo 2025.

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: Centro Ricreativo Estivo 2025

Presso la Scuola dell'Infanzia / Scuola Primaria _____

dal _____ al _____

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

Modulo 02 – Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno

Alla Responsabile dell'Area Servizi Educativi

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

I sottoscritti

Cognome _____ Nome _____
Cognome _____ Nome _____

In qualità di: genitori soggetto che esercita la responsabilità genitoriale tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

frequentante il Centro Ricreativo Estivo 2025
presso la Scuola dell'Infanzia / Scuola Primaria _____
dal _____ al _____

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico / educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto
 Minore / ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
 Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate)

A tal fine

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire al personale educativo incaricato del servizio frequentato dal minore il/i farmaco/i prescritto/i nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc);
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura;
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01)

Recapiti telefonici:

- Genitori _____
- Soggetto richiedente _____
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno _____
- Medico certificante _____
- Altri numeri utili _____

Data: ____/____/____

Firme

Nota:

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