

Modulo 03/1

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 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: **La Dirigente Scolastica Rosaria PRISCO**

➤ Il responsabile del trattamento dei dati è: **l'Ass. Amm.vo BOVE MICHELA**

➤ Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi

ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico

Modulo 03/2

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,

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome
.....

In qualità di:

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome
.....

nato a PROV.
.....

il

acconsente 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 acconsente 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 inficia la possibilità di proseguire nella pratica.

Data

Firma

.....

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)