



ISTITUTO COMPRENSIVO n.1 - PORTO TORRES

SCUOLA DELL'INFANZIA - SCUOLA PRIMARIA – SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO

Tel. 079/5048912 - e-mail: [ssic841007@istruzione.it](mailto:ssic841007@istruzione.it) PEC: [ssic841007@pec.istruzione.it](mailto:ssic841007@pec.istruzione.it)

Codice Fiscale: 92128440903 – Codice iPA: istsc\_ssic841007 - Codice eFattura: UFN8AG

Prot. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY

### relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO  
DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di aver preso visione dell'informativa privacy e

**PRESTANO IL CONSENSO**

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_