



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Istituto Scolastico Comprensivo "V. Muzio"**

Via S. Pietro ai Campi, 1 - 24126 Bergamo

[www.icmuzio.edu.it](http://www.icmuzio.edu.it)

C.f.: 95118920164 - Tel. 035 316754 - Fax 035 312306 –  
e\_mail: bgic811007@istruzione.it – bgic811007@pec.istruzione.it



Circ\_018\_ DOC\_GEN

Bergamo, 13-09-2024

Alle famiglie dell'IC Muzio  
Ai docenti all'IC Muzio

**Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita**

La presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui le alunne e gli alunni dell'Istituto Comprensivo IC MUZIO con patologie, debbano assumere farmaci in orario scolastico.

Si chiede di compilare e consegnare in tempi stretti la documentazione allegata: modello privacy, modello richiesta somministrazione (allegato A) e modello compilato dal medico (allegato B).

Sarà possibile inviarla via mail all'indirizzo istituzionale ([bgic811007@istruzione.it](mailto:bgic811007@istruzione.it)) o consegnarla allo sportello negli orari di apertura (lunedì, mercoledì e venerdì dalle 11 alle 13/martedì e giovedì dalle 13,30 alle 14,30).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott. ANGELO FERRARO

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. Lgs. N. 39/1993)



## **INFORMATIVA PRIVACY**

### **INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

[Ver. A012 del 01/06/2021]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: <ul style="list-style-type: none"><li>- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta;</li><li>- Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori;</li><li>- ASL/ATS per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale;</li><li>- Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza;</li><li>- Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente);</li><li>- Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.)</li><li>- Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto);</li><li>- Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione);</li></ul> esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta



**Ministero dell'Istruzione**  
**Istituto Scolastico Comprensivo "V. Muzio"**

Via S. Pietro ai Campi, 1 - 24126 Bergamo

[www.icmuzio.edu.it](http://www.icmuzio.edu.it)

C.f.: 95118920164 - Tel. 035 316754 - Fax 035 312306 -  
e\_mail: bgic811007@istruzione.it - bgic811007@pec.istruzione.it



Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail <a href="mailto:dpo@vargiuscuola.it">dpo@vargiuscuola.it</a>
-------------------------	--

**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 \_\_\_\_\_

**Allegato A: RICHIESTA DEI GENITORI ( o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)**

Data .....

Al Dirigente Scolastico della Scuola

.....

I sottoscritti .....

Genitori dell'alunno/a .....

Della classe.....Scuola.....

residente a.....In via.....

Comune.....Prov..... Tel .....

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr..... e presentati in allegato alla presente richiesta.

- Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:
  - Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico reso disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
  - Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
  - Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione ( cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
  - Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
- Autorizzano:
  - se del caso, l'auto -somministrazione ( alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).
- Chiedono:
  - La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario.....)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome ..... tel.....

nome ..... tel.....

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Firma

