**Allegato A Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO**: **richiesta di somministrazione farmaco salvavita in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione** (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ................................................................... ...................................................................... genitori di .....................................................nato a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via.................................................................................

n. ….......frequentante la classe .......... plesso scolastico. …………………………………….......essendo il minore affetto dalla seguente

patologia .... ........ ................... ...... ....................... …...............................................e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati **in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione**, da parte del personale non sanitario**,**  i **farmaci indispensabili/salvavita** previsti dal Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura, al momento della partenza, di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori, ai sensi della normativa vigente.

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112***

# Privacy policy

Con la presente clausola l’Istituto "Liceo Montale" di Roma dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03 e del GDPR. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f) e del GDPR, il Liceo Montale dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03 e del GDPR; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. Francesco ROSSI.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del gdpr (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si attesta che l’apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario è già depositata agli atti della scuola.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .................................................................cell/abitazione....................................................... Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ................................................. cell/studio…….................

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento………………………………………………………tel.…………………………………

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

***……………………………………………………….***