Istituto Comprensivo n° 7

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di Primo Grado "L. Orsini" Via Vivaldi n° 76 - 40026 IMOLA (BO)
Tel. 0542 685100 – SitoWeb: https://www.ic7imola.edu.it/ - e-Mail: boic85600p@istruzione.it - pec: boic85600p@pec.istruzione.it
Cod. Fisc.: 82003750377 - Cod. Mecc.: BOIC85600P - Cod. Fatturazione: UFGRJC - Codice IPA: istsc_boic85600p

Prot. (Vedi segnatura) Data (Vedi segnatura

**INFORMATIVA PRIVACY PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

*ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento generale per la protezione dei dati personali (GDPR 679/16)*

*Gentili Genitori, l'Istituto Scolastico è lieto di introdurVi le novità legate alla Nuova normativa Europea in materia di Privacy cd. REGOLAMENTO EUROPEO n. 2016/679 ed il Nuovo "Codice in materia di Protezione dei dati personali" d. Lgs. 196/03, così come modificato dal D. Lgs.101/2018. La nuova Legislazione prevede che la trasparenza sia alla base di qualsiasi trattamento, ad esempio nella fase della loro raccolta, conservazione, comunicazione, e/o diffusione durante l'attività istituzionale.*

**1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata dalla famiglia 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.

**2. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI e DATA PROTECTION OFFICER (DPO)**

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Istituzione Scolastica stessa, avente personalità giuridica autonoma e legalmente rappresentata dal Dirigente Scolastico *pro tempore*. Il Responsabile per la Protezione dei Dati personali (RPD) è la società Privacycert Lombardia S.r.l. – referente interno Dott. Massimo Zampetti - con sede in Bergamo, Pass. Don Seghezzi n. 2, 24122 – BG, tramite un contratto di servizi in "*outsourcing*" ai sensi dell'Art. 37 del GDPR 679/16.

**3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento avverrà nell'ambito degli uffici di segreteria e dei locali scolastici in genere in modalità sia manuale che informatica. A garanzia della riservatezza dei dati saranno applicate misure di sicurezza organizzative ed informatiche di cui viene data evidenza all'interno del "Documento delle misure a tutela dei dati delle persone" elaborato da questa Istituzione scolastica. L'Istituto ha provveduto ad impartire ai propri incaricati istruzioni precise in merito alle condotte da tenere ad alle procedure da applicare per garantire la riservatezza dei dati dei propri utenti. In occasione del trattamento verremo a conoscenza di dati delicati in quanto idonei a rivelare lo stato di salute che vengono trattati per le finalità di garanzia del diritto alla salute che l'Istituto persegue su richiesta della famiglia stessa. Non verrà eseguito su di essi alcun processo decisionale automatizzato (profilazione).

**4. A CHI VERRANNO COMUNICATI I MIEI DATI?**

I dati personali forniti saranno nella disponibilità di tutto il personale scolastico che ha dato la propria disponibilità ad eseguire le operazioni di somministrazione richieste, potranno inoltre essere comunicati all'ASL/ATS oltre che ai professionisti e fornitori di cui il nostro Istituto si avvale quali RSPP, DPO e medico competente, ai responsabili del servizio di refezione (se previsto) per i fini organizzativi dello stesso, agli enti esterni per l'organizzazione di attività didattiche di vario genere incluse le uscite didattiche e sempre esclusivamente per la finalità della somministrazione di farmaci in orario scolastico. I dati gestiti in modalità informatica potranno essere visti dai tecnici incaricati della loro custodia in occasione delle attività di controllo e manutenzione della rete e delle apparecchiature informatiche. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti non espressamente indicati nella presente se non previa acquisizione del Suo consenso, né in alcun modo diffusi. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà



Firmato digitalmente da VALENTI ISABELLA

trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare, tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Gli stessi non verranno trasferiti a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali.

**5. CARATTERE OBBLIGATORIO DEL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta.

**6. DOVE VENGONO CONSERVATI I DATI PERSONALI?**

I dati personali vengono conservati in archivi informatici e/o cartacei protetti mediante misure efficaci e adeguate a contrastare i rischi di violazione considerati dal Titolare.

**7. QUALE È IL PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI?**

I dati saranno conservati presso l'Istituto per tutto il tempo in cui l'iscrizione sarà attiva ed in seguito, in caso di trasferimento ad altra Istituzione o cessazione del rapporto, verranno trattenuti esclusivamente i dati minimi e per il periodo di conservazione obbligatorio previsto dalla normativa vigente

**8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?**

L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- L'accesso ai propri dati e la loro rettifica;
- L'interessato ha inoltre diritto a proporre reclamo all'Autorità di controllo dello Stato di residenza, nonché a revocare il consenso al trattamento ai sensi dell'Art. 6 del G.D.P.R.

I diritti sopra esposti possono essere esercitati mediante invio di una specifica richiesta al Titolare del trattamento oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (R.P.D./D.P.O.).

**Il Dirigente Scolastico**
F.to Prof.ssa Isabella VALENTI
*(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del DPR 445/2000 e del D.Lvo 82/2005 e norme collegate)*

## DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE/CONSENSO

Il/la sottoscritto/a

**Cognome ..... Nome .....**

In qualità di:

- ☐ **Genitore**
- ☐ **Tutore/affidatario**

di Cognome ..... Nome .....

nato a.....il .....

**DICHIARA di prendere visione dell'Informativa in oggetto e:**

- ❒ **AUTORIZZA** al trattamento dei dati personali e dei dati particolari, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola come indicato nell'informativa qui presente
- ❒ **NON AUTORIZZA** al trattamento dei dati personali e dei dati particolari, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola informativa qui presente

**Compilare ALLEGATO n. 1**

**Data** ___/___/_____

**Firma .....**

Firmato digitalmente da VALENTI ISABELLA

## Allegato n. 1

*Al Dirigente Scolastico*

Il /La sottoscritto/a ……in qualità di

- ❒ Genitore
- ❒ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome……Nome……..……

nato il…… e frequentante nell'anno scolastico ……/……

la Scuola ……..

classe…….

**CHIEDE**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- ❒ Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- ❒ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante …….**

**Genitori ……**

**Data, ……..** **Firma ……**

Firmato digitalmente da VALENTI ISABELLA