



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J. TORRIANI" - ISTITUTO TECNICO - LICEO SCIENTIFICO

Via Lea Garofalo 3/5 - 26100 CREMONA - Tel. 0372 28380

ISTITUTO PROFESSIONALE – Sezione associata "ALA PONZONE CIMINO"

Via Gerolamo da Cremona, 23 - 26100 CREMONA - Tel. 0372 35179

E-mail: cris004006@pec.istruzione.it, cris004006@istruzione.it - www.iistorriani.it

C.F.: 80003100197 – Cod. Mecc.CRIS004006 - Sistema Certificato ISO 9001:2015 CSQA n. IT-144594-83471

INFORMATIVA TRASMISSIONE DATI AD ASST CREMONA

In riferimento al Protocollo Regionale per la somministrazione dei farmaci e/o la gestione dei dispositivi medici a scuola, adottato ai sensi della DGR XXII/4483 del 03/06/2025, si comunica che l'attivazione della procedura prevede la collaborazione tra istituzione scolastica e ASST di Cremona.

In particolare, al fine di consentire all'ASST la valutazione del caso e la definizione delle modalità operative per la somministrazione di farmaci e/o la gestione di dispositivi medici in ambito scolastico, risulta **necessaria la trasmissione della documentazione sanitaria e personale** relativa allo/a studente/ssa interessato/a.

La documentazione che verrà trasmessa all'ASST di Cremona è esclusivamente quella fornita dalla famiglia alla scuola.

La trasmissione della documentazione è necessaria, in caso di emergenza sanitaria, per tutelare lo/a studente/ssa e per consentire l'accesso alla documentazione sanitaria sia da parte del personale scolastico, sia da parte degli operatori sanitari competenti, compreso AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza Lombardia che coordina il servizio di emergenza sanitaria – numero **112**), secondo quanto previsto dal protocollo regionale.

In assenza del suddetto consenso, **non sarà possibile procedere all'attivazione del protocollo e, conseguentemente, la richiesta di somministrazione di farmaci in ambito scolastico non potrà essere accolta.**

I sottoscritti, Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

in qualità di:

- ☐ Genitori
- ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore: _____ nato/a a _____ Prov. _____

il _____ acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

Data _____

Firma di entrambi i genitori (o tutore, o alunno maggiorenne)