

## **Allegato 3**

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E DEL D. LGS. 196 del 30/06/2003 E S.M.I.**

#### **Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività**

#### **di somministrazione di farmaci di uso cronico e/odi emergenza a scuola**

Gentili genitori, tutori, affidatari,

desidero informarVi che l'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 garantisce il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- a) il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza sullo studente (minorenne), nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche;
- b) la gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata;
- c) i dati saranno comunicati ai docenti di Classe;
- d) il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico Dott.ssa Paola Pizzeghello;
- e) il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico Dott.ssa Paola Pizzeghello;
- f) ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente.

IL DIRIGENTE

Dott.ssa Paola Pizzeghello

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (ART. 13 E 14 DEL GDPR 2016/679)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679,

I sottoscritti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di:

genitori

tutori

affidatari

Dello studente

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ACCONSENTE**

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 entrambe i genitori**

\_\_\_\_\_

**Nel caso di firma di un solo genitore/tutore**

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

**Il genitore unico firmatario** \_\_\_\_\_