| **IIS P. SCALCERLE** | **SOMMINISTRAZIONE FARMACI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI** | **FAMIGLIE** |
| --- | --- | --- |

**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/o di** **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:

1. 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;
2. la gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata;
3. i dati saranno comunicati ai docenti di Classe;
4. il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico Avv. Giuseppe Sozzo;
5. il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico Avv. Giuseppe Sozzo;
6. 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.

Il Dirigente

Avv. Giuseppe Sozzo

**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,

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: □ genitore □ tutore □ affidatario

dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_