

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI E DURANTE L'ORARIO DI FREQUENZA DEL NIDO E
PIANO TERAPEUTICO**

SI CERTIFICA

lo stato di malattia del bambino/a nato/a a,
in data .../.../..... residente in

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 e Considerata l'assoluta necessità per
il/la predetto/a bambino/a della somministrazione del farmaco
....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la
somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile durante l'orario di frequenza del Nido in quanto trattasi di farmaco:

☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato durante l'orario di frequenza del Nido, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale educativo, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore del bambino/a.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

PIANO TERAPEUTICO

Bambino/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare ○ Mattina (h.) dose da somministrare ○
Pasto (prima, dopo) dose
○ Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco
(specificare):
.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... (**Oppure**)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco
.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
...
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale
educativo individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

Note per la formazione specifica del personale educativo da parte della Azienda USL
.....

Luogo

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)..... ,

☐ Genitore del bambino/a..... ,

(oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sul bambino/a..... ,

- consapevole del fatto che il personale del Nido non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati da:
Servizio di Pediatria dell'Azienda USL /dal Dott., in data
.../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario del Nido** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

Esprimo il consenso affinché il personale del Nido individuato dalla Coordinatrice, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Coordinatrice, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute del bambino/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

____/____/____

(1) Genitori o chi esercita la potestà genitoriale per
Il bambino/a

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Informativa Interessati

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, informiamo che il **Comune di Seregno** (C.F. 00870790151) con sede principale in piazza Martiri della Libertà, 1 – 20831 Seregno - PEC: seregno.protocollo@actaliscertymail.it, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto, via e-mail o verbalmente e liberamente comunicati (*Art. 13.1, Lett. a) Reg. 679/2016*).

Il Titolare del trattamento garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

1. **Data Protection Officer - DPO** (*Art. 13.1, Lett. b) Reg. 679/2016*)

Il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) protempore nella persona dell'Avvocato Vincenzo Piscopo recapito: E-mail: dpo.seregno@seregno.info

2. **Finalità del Trattamento** (*Art. 13.1, lett. c) Reg. 679/2016*)

Tutti i dati personali e sensibili comunicati dal soggetto interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- Erogazione delle prestazioni richieste espressamente dall'Interessato (*Art. 6.1, lett. a) Reg. 679/2016*);
- Rispondere ad un obbligo di legge (*Art. 6.1, lett. c) Reg. 679/2016*);
- Salvaguardare gli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività (*Art. 6.1, lett. d) Reg. 679/2016*);
- Esercitare un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (*Art. 6.1, Lett. e) Reg. 679/2016*);

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- Inserimento nelle anagrafiche e nei *database* informatici;
- Gestione di obblighi di natura contabile e fiscale;
- Gestione di incassi e pagamenti;
- Gestione della prestazione richiesta dall'interessato;
- Rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo;
- Ottemperare a specifiche richieste dell'Interessato;
- Gestione di attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dagli operatori scolastici a tutela della salute del proprio figlio;
- Raccolta dei dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di somministrazione farmaci in orario scolastico.

3. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1 lett. e) Reg. 679/2016)

I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):

- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva (in particolar modo Regione Lombardia ed altri enti del sistema sanitario regionale e nazionale, secondo le prescrizioni del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari approvato dalla giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia - Regolamento regionale 24 dicembre 2012 - n. 3);
- ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione prestazione richiesta nei modi e per le finalità sopra illustrate (Medici addetti alla formazione, insegnanti, personale ATA, educatori, amministrativi, Sindaco, ATS della Brianza, ASST competenti per territorio e AREU).

Si rende edotto l'Interessato che il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine di poter erogare nel modo corretto la prestazione richiesta dallo stesso. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile soddisfare le richieste dell'Interessato.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati.

I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

4. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2, lett. a) Reg. 679/2016)

Il Titolare del trattamento dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti dalla normativa vigente in materia e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

5. Diritti dell'interessato (Art. 13.2, lett. b) Reg. 679/2016)

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 15 Reg. 679/2016, di poter accedere ai propri dati personali;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 16 Reg. 679/2016, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 17 Reg. 679/2016, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 18 Reg. 679/2016, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- Diritto di opporsi al trattamento, ex Art. 21 Reg. 679/2016;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, solamente nei casi previsti all'art. 20 del reg. 679/2016, che venga compiuta la trasmissione dei propri dati personali ad altro operatore sanitario in formato leggibile

6. Diritto di presentare reclamo (*Art. 13.2 lett. d) Reg. 679/2016*)

Si rende noto all'Interessato che ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

Il sottoscritto (cognome e nome) in
qualità di ☐ genitore ☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale dichiara di aver ricevuto e
preso atto dell'informativa di cui all'articolo ☐ tutore, curatore, amministratore di sostegno 13 del
Regolamento 679/2016/UE "*General Data Protection Regulation*".

Il sottoscritto (cognome e nome)
in qualità di ☐ genitore ☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale ☐ tutore, curatore,
amministratore di sostegno dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui
all'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "*General Data Protection Regulation*".

Luogo e data

Firma
