Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "E. ALESSANDRINI"

Tel. 029466306 Fax. 0294967188 e-mail: miis01400d@istruzione.it C.F.: 82003530159 C.M.: MIIS01400D
ITT e LICEO SCIENTIFICO Via Einaudi, 3 **IP E. LOMBARDINI** Via Vivaldi, 8 20081 **ABBIATEGRASSO (MI)**

INFORMATIVA PRIVACY
INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

[Ver. A012 del 01/09/2025]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata 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.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovraintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL/ATS/ASST per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.) - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare, tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it

Luogo e data ……

ALLIEVO _____ Classe _____ Sezione_____ Plesso _____

Firma dell'allievo maggiorenne Firma ……

Oppure, nel caso di allievo minorenne:
Cognome e nome 1° Genitore o Tutore …… Firma …… (*)

Cognome e nome 2° Genitore …… Firma ……

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.