**SCHEDA SANITARIA STUDENTI MINORENNI**

PER PARTECIPAZIONE A VIAGGI D’ISTRUZIONE, STAGE, GARE, SCAMBI E MOBILITÀ INTERNAZIONALE

I sottoscritt\_ (cognomi e nomi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reperibili ai seguenti recapiti:

abitazione: Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FORNISCONO / FORNISCE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE:

**Malesseri ricorrenti e rimedi abituali consigliati dal medico di famiglia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmaci o terapie per cui non dà l’autorizzazione**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergie particolari (farmaci, pollini, ecc.) comprese le allergie e le intolleranze alimentari (si allega certificato medico)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patologie**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Utilizzo di apparecchi protesici o altri ausili**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo/La studente/essa ha effettuato la vaccinazione e la rivaccinazione per l’antitetanica?

 SI NO

DICHIARO che in caso di disturbo o malattia che si manifesti nei giorni che precedono la partenza, presenterò certificato medico con diagnosi e indicazioni terapeutiche e/o alimentari.

DICHIARO di consegnare a mio/a figlio/a solo gli eventuali farmaci o i rimedi indicati per la terapia prescritta e in quantità necessaria per la durata della cura durante il soggiorno.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori\*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori, occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione: “*Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull’alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega*”.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso di alunno affidato a tutore:

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE SANITARIE INFORMATIVE**

1. La somministrazione dei farmaci da parte dei docenti può avvenire solo quando non richiede cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.
2. La somministrazione dei farmaci deve essere formalmente richiesta dai genitori e prescritta con certificato medico.
3. Il certificato medico deve indicare l’orario, la posologia e le modalità di somministrazione.
4. Le specialità medicinali devono essere conservate nella propria confezione originale in quantità sufficiente a coprire l’intera terapia per il periodo prescritto.
5. Qualora il minore durante il periodo di soggiorno/studio venga ricoverato in ospedale, sarà rilasciata una scheda con riportate la diagnosi e/o le eventuali terapie somministrate.
6. Si garantisce la privacy per i dati relativi alla salute.
7. Si prega contattare i genitori per comunicazioni specifiche.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e GDPR 679/2016**

I dati sopra riportati sono raccolti per le finalità connesse alla partecipazione all’iniziativa specifica e sono trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il rifiuto di fornire gli stessi comporta, ovviamente, l’impedimento di fornire il servizio adeguato alle necessità individuali dei minori, nonché tutti gli altri adempimenti conseguenti e connessi alla permanenza del minore presso le famiglie/strutture ospitanti.

I dati sono conservati garantendone la sicurezza e la riservatezza con adeguate misure di protezione, secondo quanto disposto dall’art. 31 all’art. 36 del D. Lgs 196/2003 e dal GDPR 679/2016, al fine di ridurre i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

I dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati, con esclusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute, quando sia previsto da disposizioni di legge o di regolamento.

I dati di carattere sanitario sono trattati limitatamente alle operazioni indispensabili per la tutela dell’incolumità fisica del minore.

L’interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Al tale scopo gli interessati dichiarano:

di essere informati che, ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003 e **GDPR 679/2016**

* – *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali* -, i dati forniti saranno utilizzati solamente per la singola iniziativa;
* di essere consapevoli che, ai sensi degli artt. 73, 75 e 76 del DPR n° 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, e che il Dirigente Scolastico dell’IIS “Michele Giua” di Cagliari è esente da ogni responsabilità in conseguenza di false dichiarazioni.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori\*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori, occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione: “*Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull’alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega*”.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso di studente/essa affidato a tutore:

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_