

FAC-SIMILE All.4\1 ex DGR 50-7641\2014

(riportare su carta intestata della scuola\ag.formativa \nido)

Richiesta di informazione/formazione/addestramento per il personale scolastico/educativo

Al Direttore del Distretto AREA ☐ NORD ☐ SUD ☐ Distretto Urbano NOVARA

Dott.\Dott.ssa _____ ASL NOVARA

Oggetto: richiesta di *Informazione/Formazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo per il minore* _____

Il\la sottoscritto\la Dott./Dott.ssa _____ Dirigente Scolastico / Responsabile del personale o Pedagogico / Direttore Ag.formativa indirizza all'attenzione dell'ASL una richiesta di informazione/Formazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo/altro.

A tal fine dichiara:

- quale titolare del trattamento dati, di nominare ASL Novara come responsabile esterno del trattamento per la frequenza dei corsi FAD su piattaforma CSI 3 I SMART. *ASL Novara nominerà CSI sub responsabile esterno del trattamento dati poiché trasmetterà i nominativi e gli indirizzi e-mail del personale per cui è richiesta e autorizzata la frequenza al corso FAD stesso.*

- di aver effettuato una valutazione di fattibilità per quanto attiene agli aspetti scolastico-organizzativi;

- di aver verificato, ed aver raccolto formalmente, la disponibilità del personale scolastico/educativo, delegato dai genitori del minore, ad essere formato/addestrato e a somministrare il farmaco/realizzare l'intervento sul minore,

- di aver identificato: un locale adeguato per la somministrazione farmaci/l'effettuazione dell'intervento, valutando anche le necessarie esigenze di riservatezza e sicurezza; e un locale/spazio adeguato alla conservazione dei farmaci, delle attrezzature necessarie e della documentazione sanitaria del minore, nel rispetto della normativa vigente e non accessibile agli studenti

Il farmaco sarà conservato nel locale _____ sito al piano _____ (es. segreteria, P.T. accanto a presidenza), in apposito armadio\cassetto _____
(es. armadietto pronto soccorso\frigorifero)

- di garantire, per i locali/spazi identificati, la destinazione d'uso, l'adeguatezza e la manutenzione, comprensiva delle apparecchiature necessarie (es.: telefonia, frigorifero, ecc.), in modo continuativo e per tutto il tempo in cui sia necessaria l'effettuazione dell'intervento sul minore.

Si allegano alla presente, i seguenti documenti :

■ Richiesta/delega dei genitori (Allegato 2)*con nominativi personale da formare

■ Documentazione medica riguardante l'allievo (Allegato 3/3 bis)*

*Allegati obbligatori sul caso specifico

data, _____

FIRMA

FAC-SIMILE All.4 \ 2 ex DGR 50-7641\2014

ACCETTAZIONE NOMINA a responsabile esterno del trattamento dei dati.

I nominativi e gli indirizzi e-mail delle persone per cui è richiesta la frequenza saranno trasmessi a CSI, nominato da ASL Novara come sub responsabile esterno del trattamento dei dati, per l'autorizzazione alla frequenza stessa.

ASL Novara

Timbro e Firma Direttore Distretto o suo delegato _____