

MODULISTICA:

Al Presidente della Scuola dell'Infanzia paritaria
Sant'Antonio
Via Valerio 2
22000 – Como - CO

DOMANDA DI ISCRIZIONE - A.S. 2020 -2021

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia di:

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

Cognome :	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Altro:	<input type="text"/>		

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017 Si No

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome :	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome :	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI

COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL :	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL :	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL :	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL :	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL :	<input type="text"/>

_____ : _____

SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

Richiesta di servizio PRE-SCUOLA: SI dalle ore _____ alle ore _____ NO
Richiesta di servizio POST-SCUOLA: SI dalle ore _____ alle ore _____ NO

DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI: SI NO

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE

Barrare con una crocetta solo sulle caselle che corrispondono alla propria situazione familiare.

a) BAMBINO/A RESIDENTE:

CON DISABILITA': _____
RESIDENTE ORFANO: _____
RESIDENTE DALLA NASCITA: _____
RESIDENTE DA 5 ANNI: _____
RESIDENTE DA 4 ANNI: _____
FIGLIO DI GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI: _____

b) BAMBINO/A NON RESIDENTE:

MA CON FRATELLI/SORELLE CHE FREQUENTANO CODESTA SCUOLA DELL'INFANZIA _____
CON NONNI RESIDENTI _____
NON RESIDENTE _____

ALTRE MOTIVAZIONI PARTICOLARI DELIBERATE DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: _____
IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE: _____

- Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/2003 - Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno *(ove approvato)*.
- Dichiaro di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia *(ove approvato)*.
- Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
- Autorizzo la ripresa del minore (foto /riprese video) finalizzate alla produzione di DVD e/o attività promozionali in genere per finalità istituzionali.
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

Scuola dell'Infanzia Sant'Antonio

Via Valerio

22000 – Como - CO

AI GENITORI CHE VORRANNO ISCRIVERE I LORO FIGLI PRESSO QUESTA SCUOLA DELL'INFANZIA

INFORMATIVA CODICE DELLA PRIVACY

Luogo e data, _____

Prot. n. _____

OGGETTO:

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL CODICE DELLA PRIVACY.

(D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196, MODIFICATO DAL D.LGS. 10 AGOSTO 2018, N. 101 E REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO).

Gentile Signore/a,

desideriamo informarvi, ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice Privacy" e Regolamento UE 679/2016, che le informazioni ed i dati da Voi forniti o altrimenti acquisiti nell'ambito del rapporto, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano l'attività della **Scuola dell'Infanzia "Sant'Antonio" di Como**.

Per trattamento di dati personali intendiamo qualunque operazione, o complesso di operazioni, effettuata anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernente la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati.

Secondo le norme del Codice, i trattamenti effettuati dalla **Scuola dell'Infanzia "Sant'Antonio" di Como** saranno improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti. Nella nostra struttura sono in vigore procedure operative che coinvolgono tutti gli operatori sia con mansioni amministrative, che didattiche, che ausiliarie.

Fra i dati personali che vi vengono chiesti per la compilazione della **Scheda Personale** sono presenti quelli rientranti nel novero dei "**dati sensibili**" di cui agli articoli 4, comma 1 e 26 del Codice ed in particolare le informazioni riguardanti la salute del bambino. La presenza di queste informazioni porta ad applicare severe e vincolanti norme di comportamento alle quali tutto il personale è tenuto ad attenersi.

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice, i dati relativi alle iscrizioni alla scuola dell'Infanzia sono raccolti per le finalità connesse all'iscrizione e all'erogazione del servizio di refezione scolastica e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo.

Vi forniamo quindi le seguenti informazioni:

1. I dati personali e le informazioni riguardanti il bambino ed i componenti del nucleo familiare vengono richiesti al fine di:
 - a) *garantire il miglior inserimento possibile del bambino nella nostra struttura educativa (anche, ad esempio, mediante l'acquisizione di documentazione medica relativa ad eventuali allergie/disabilità);*
 - b) *valutare il livello di autonomia personale del bambino;*
 - c) *organizzare le attività nelle quali il bambino verrà inserito (interne ed esterne: gite, visite);*
 - d) *essere in grado di rintracciare un adulto in caso di necessità (numeri di telefono, indirizzi email);*
 - e) *adempiere agli obblighi amministrativi (emissione di ricevute di pagamento).*
2. Il conferimento dei dati trattati, divisi per tipologia e delle informazioni richieste, è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte al punto 1).
3. Alcuni dati, anche sensibili, potranno essere comunicati, cioè trasmessi ad un soggetto determinato, solamente se tale comunicazione risulti necessaria al perseguimento delle finalità descritte al punto 1). Per queste comunicazioni è necessario raccogliere il vostro consenso. La mancanza del consenso porterebbe all'impossibilità di operare nell'interesse del bambino. Per le operazioni indispensabili per la tutela della salute del bambino stesso ci considereremo comunque autorizzati ad operare senza limitazione alcuna.

A titolo di esempio indichiamo, fra gli ambiti di comunicazione possibili:

 - a) *enti pubblici che abbiano titolo per richiedere l'invio di dati o informazioni (Comuni, Ufficio Scolastico Provinciale e Regionale, AST, Assistenti sociali);*
 - b) *personale medico, paramedico o amministrativo di strutture sanitarie impiegato in attività di controllo, di prevenzione o di assistenza;*
 - c) *compagnie di assicurazione, periti o altri soggetti coinvolti nella definizione di pratiche di rimborso a seguito di infortuni;*
 - d) *società di servizi amministrativi o di controllo della qualità dei servizi oggetto della nostra offerta.*
4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, tranne quanto previsto al punto successivo, né saranno oggetto di diffusione, ad esempio a mezzo web o materiale divulgativo delle attività della nostra struttura, senza il vostro preventivo consenso scritto e saranno trattati su supporto cartaceo e/o informatico da incaricati appositamente nominati.
5. In caso sia necessario che veniamo a conoscenza di vincoli di qualsiasi natura dei quali si debba tenere conto nelle attività nelle quali il bambino/a potrà essere inserito, voi siete pregati di darcene comunicazione con le modalità che vi verranno indicate.
6. Durante le attività che verranno effettuate nel corso dell'intero percorso formativo verranno prodotte, a cura del personale insegnante, valutazioni, relazioni, schede didattiche, che potranno contenere riferimenti, dati o informazioni, relative al bambino/a. Questi materiali confluiranno, unitamente al materiale prodotto durante le attività, nel Fascicolo Personale che accompagnerà il bambino/a nel suo percorso scolastico.

Relativamente a questa documentazione vi comunichiamo che:

- a. al termine il fascicolo verrà consegnato alla famiglia o all'esercente la responsabilità genitoriale;

- b. una copia del fascicolo potrà essere consegnata agli insegnanti della scuola successiva nella quale il bambino/a verrà inserito previo consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale;
 - c. una copia verrà conservata presso la nostra struttura al fine di documentare l'attività svolta. Questa conservazione potrà avvenire soltanto con il Suo consenso esplicito. La documentazione che ci autorizzerà a conservare verrà tenuta in archivi appositi accessibili soltanto sotto il diretto controllo del Responsabile dei Trattamenti.
7. Durante le attività è possibile che vengano effettuate riprese video o scatti fotografici al fine di documentare quanto svolto. Nella maggior parte dei casi questa è una necessità didattica, in altri casi documentale. In ogni caso l'ambito di diffusione delle immagini è esclusivamente interno e funzionale alle finalità descritte al punto 1). La dichiarazione di responsabilità viene sottoscritta con la firma del consenso al trattamento.
8. In caso si verifichi la necessità di utilizzare le immagini in ambiti più generici o indeterminati, ad esempio pubblicazioni o proiezioni pubbliche, vi verrà chiesto un apposito consenso.
9. Secondo un pronunciamento del Garante della Protezione dei Dati Personali informiamo che è possibile effettuare riprese o fotografie da parte dei familiari dei bambini frequentanti la scuola, purché durante occasioni pubbliche di feste, ricorrenze, o attività aperte e purché le immagini non siano destinate alla diffusione o ad un uso commerciale, ma solo ad un uso familiare.
10. Vi verrà chiesto di indicare i nominativi di altre persone autorizzate al ritiro, al termine dell'orario scolastico, dell'alunno/a. L'elenco potrà essere aggiornato in qualsiasi momento, mediante una vostra comunicazione scritta e firmata.

Il foglio di delega al ritiro del bambino/a deve essere firmato da entrambi i genitori. Su tale documento non sono ammesse cancellazioni, abrasioni, modifiche in corrispondenza dei nominativi delle persone autorizzate a prelevare il bambino/a all'uscita della scuola.

L'autorizzazione al ritiro solleva la Scuola da ogni responsabilità civile o penale per eventi o incidenti che possono accadere.

- ♦ **Titolare per il trattamento** dei dati da voi forniti è la scrivente: **Scuola dell'Infanzia "Sant'Antonio", via Valerio - Como (Co), Tel 031 521150**, nella figura del Presidente pro-tempore / Legale rappresentante.
- ♦ **Responsabile dei trattamenti** è il Sig. Terragni Carlo al quale potrete rivolgervi, presso i recapiti della scrivente, per esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 che la legge vi riconosce, accesso, aggiornamento.
Vi ricordiamo che potrete sempre rivolgervi all'autorità di controllo per proporre un reclamo sul sito: www.garanteprivacy.it
- ♦ **Responsabili per i trattamenti esterni:**
 - Fism nazionale per il portale Ide@fism.

I dati saranno conservati presso la sede del Titolare, per al massimo due anni dopo l'ultimo anno di scuola del bambino. Vi informiamo altresì che tali dati saranno raccolti, trattati e custoditi nel pieno rispetto di quanto previsto dagli articoli 31 e seguenti del Codice della Privacy e dal Disciplinare Tecnico – Allegato B al Codice – in materia di misure di sicurezza. I dati saranno inoltre trattati nel pieno rispetto delle norme di autoregolamentazione in materia di trattamento dei dati personali contenute nei Codici Deontologici di settore in vigore.

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO
(PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE)

CONSENSO AL TRATTAMENTO

(D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 - modificato dal D.Lgs. 10.08.2018, n. 101, Regolamento (UE) 2016/679.

Luogo e data _____

I sottoscritti _____

in qualità di _____

dell'alunno/a _____

A seguito dell'informativa fornita dichiariamo di averne letto il contenuto ed esprimiamo il consenso al trattamento dei dati necessari al perseguimento delle finalità espresse. In particolare, relativamente ai punti:

punto 3): trattamento e comunicazione di dati sensibili per le finalità dichiarate al punto 1), e negli ambiti descritti al punto 3, consapevole delle conseguenze di una eventuale negazione del consenso:

do il consenso

nego il consenso

punto 6): vincoli religiosi o di altra natura

allego richiesta

punto 7/c): conservazione del Fascicolo personale

do il consenso

nego il consenso

punto 11): elenco delle persone autorizzate al ritiro, al termine dell'orario scolastico, del bambino:

Il presente elenco potrà essere aggiornato solo mediante comunicazione scritta e firmata da entrambi i genitori. (non sono ammesse cancellazioni, abrasioni, modifiche in corrispondenza dei nominativi delle persone autorizzate a prelevare il bambino/a all'uscita della scuola):

Cognome e Nome	N° carta di Identità	Grado di parentela

Con la presente dichiarazione solleviamo la Scuola da ogni responsabilità civile per eventi dannosi.

Data:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

Protocollo di somministrazione farmaci

PREMESSO CHE:

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);
- la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- la somministrazione del farmaco, poiché non esiste nessun obbligo, avviene per libera e volontaria disponibilità da parte di operatori scolastici espressamente indicati e individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso e con indicazione precisa del medico del 112;
- a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Legale rappresentante e/o Coordinatrice ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga).

La Scuola adotta la seguente procedura:

1. Soccorre il bambino
2. Chiama il 112
3. Avvisa i genitori

La Scuola "Sant'Antonio" ha adottato il seguente Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola;

SI DISPONE

Il seguente protocollo in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e istituzione scolastica:

F A M I G L I A	Richiede al Legale rappresentante e/o Coordinatrice l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4); Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 1); Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante. Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.
I L M E D I C O C U R A N T E	Rilascia il certificato (Allegato 3) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità; Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità; Indica la modalità di conservazione del farmaco; Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.

T E	
L 'I S T I T U Z I O N E S C O L A S T I C A	<p>Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato 2).</p> <p>Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco.</p> <p>Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco.</p> <p>Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La patologia e le sue manifestazioni; ● La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; ● La non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità; ● La presa d'atto della certificazione medica; ● Le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza; <p>Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.</p>

Modalità di somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte dei genitori o di loro delegati

FAMIGL IA	<p>I genitori inoltrano richiesta alla Scuola chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici durante l'orario di scuola, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco all'alunno.</p> <p>I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco.</p> <p>I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente in orario scolastico.</p>
ISTITUZ IONE SCOLAS TICA	<p>Il Legale rappresentante e/o Coordinatrice, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali della scuola durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci.</p> <p>Il Legale rappresentante e/o Coordinatrice individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.</p>

Modalità di somministrazione di farmaci per particolari patologie acute da parte di personale della scuola

FAM IGLI A	<p>I genitori inoltrano una richiesta al Legale rappresentante e/o Coordinatrice in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● indicano nome e cognome dell'alunno. ● precisano la patologia di cui soffre l'alunno. ● comunicano il nome commerciale del farmaco. ● chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico. ● autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità. ● allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.
L'IS TITU ZIO NE SCO LAS TICA	<p>Il Legale rappresentante e/o Coordinatrice, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso). individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco. garantisce la corretta conservazione del farmaco. prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.



COMPILANO I GENITORI

Allegato 1

Al Legale rappresentante e alla Coordinatrice
della Scuola dell'Infanzia "Sant'Antonio"
di Como

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a _____ in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____

la Scuola dell'Infanzia " _____ " Sezione _____

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: _____

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della Scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come

indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3

Numeri di telefono utili: Medico Curante _____
Genitori _____

In fede.

Data, _____

Firma _____

COMPILA LA SCUOLA

Allegato 2

Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Vista la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Visto il Protocollo della Scuola per la somministrazione di farmaci a scuola;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e Nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

Luogo e data _____

Il Legale rappresentate e la Coordinatrice in data _____ autorizzano il personale

scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Legale rappresentante e/o la Coordinatrice

.....

COMPILA IL MEDICO CURANTE

Allegato 3

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ residente a _____

Necessita

della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

durata della terapia _____ (*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

Data, _____

timbro e firma del medico

COMPILANO I GENITORI

Allegato 4
Al Legale rappresentante e alla Coordinatrice
della Scuola dell'Infanzia "Sant'Antonio"
di Como.

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a _____ in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____

la Scuola dell'Infanzia " _____ "

Sezione _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

***Eventuale Delega

Il sig. _____ di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.

In fede,

Data _____

Firma _____

Numeri di telefono utili:

Medico curante _____

Genitori _____

MODULO DELEGA RITIRO BAMBINI

Si informa che sono autorizzati al ritiro del bambino/a ENTRAMBI I GENITORI, mamma e papà, indicati nella domanda di iscrizione. Per garantire sempre la massima sicurezza, nel caso i genitori siano impossibilitati al ritiro, è necessario che deleghino con apposito modulo altre persone (MAGGIORENNI) indicando il loro nome, cognome e n° carta identità che mostreranno la prima volta anche alle insegnanti per farsi riconoscere. Vi chiediamo, quindi, di consegnare all'insegnante il modulo sotto, compilato in ogni sua parte, indicando le persone che solitamente verranno a ritirare il bambino durante l'anno. E' possibile usare lo stesso modulo anche occasionalmente se dovete delegare persone diverse consegnandolo il giorno stesso.

- -----

Io sottoscritto/a

COGNOME: _____ NOME: _____

Delego per il ritiro di mio/a figlio/a

COGNOME: _____ NOME: _____

per l'anno scolastico 2019/2020 oppure per il solo giorno: _____

Le seguenti persone:

Cognome e Nome	N° carta di Identità	Grado di parentela

--	--	--

Firma di entrambi i genitori e o chi ha la patria potestà.

MODELLO: Richiesta diversa entrata/uscita (traccia)

RICHIESTA CAMBIO ORARIO – GIUSTIFICA RITARDO

Il/la sottoscritto/a _____ Genitore di _____

Sezione: _____

CHIEDE:

- l'Autorizzazione all'ingresso nella scuola alle ore _____ per il giorno _____

Per: _____

- O l'autorizzazione all'uscita dalla scuola alle ore _____ per il giorno _____

Per: _____

- O giustifica il ritardo entrata / uscita (ore _____)

Per: _____

Data _____

Firma: _____



MODELLO: Modulo guarigione post malattia (traccia)

ASSENZA PER MALATTIA

Il/la sottoscritto/a

Papà/mamma di _____ sezione _____

sotto la propria responsabilità, dichiara che

il proprio/a figlio/a assente dal _____ al _____

NON presenta più sintomi influenzali e può riprendere la frequenza scolastica.

Data _____

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto,

Cognome

Nome..... Documento di riconoscimento

..... genitore

dell'aluno/a.....

frequentante la classe.....della

scuola..... sotto la propria responsabilità o di

quella di un esercente la responsabilità genitoriale, dichiara quanto segue:

· il minore non presenta sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;

· il minore non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;

· il minore non è stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni.

· Il minore è stato assente dal.....al.....per motivi.....

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Luogo e data

Firma leggibile (dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

.....