

DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA di CASORATE PRIMO

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che _I_ padre/madre è a conoscenza e acconsente alla presente richiesta di iscrizione.

Data,

Firma

| | |
|----------------------|---|
| Alunn_ _____ | |
| nat_ a _____ | () il _____ |
| Codice Fiscale _____ | |
| Nazionalità _____ | Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

A.S. 20___ /20___

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo Statale

I sottoscritti _____

Padre _____
cognome e nome

Madre _____
cognome e nome

Tutore _____
cognome e nome

CHIEDONO

di iscrivere _I_ figli_ alla scuola dell'infanzia di CASORATE PRIMO avvalendosi dei seguenti servizi:

- Mensa scolastica (***Richiesta da formalizzare in Comune***)
- Post-scuola (dalle 16,00 alle 17,30– Gestito dall'Amministrazione Comunale – ***Richiesta da formalizzare in Comune nel mese di giugno***)

CHIEDONO altresì di AVVALERSI

RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA ANTICIPATA

(Riferita a coloro che sono nati nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2023 e il 30 aprile 2023)

Si

No

Il/la sottoscritto/a, nel richiedere l'ammissione anticipata alla scuola dell'infanzia, è consapevole che l'accoglimento dell'istanza è subordinato:

1. alla precedenza dei bambini/e non anticipatari/e;
2. alla disponibilità di posti e all'esaurimento di eventuali liste di attesa;
3. alla presenza di attrezzature e locali idonei a rispondere alle esigenze di alunni così piccoli.

La frequenza dei bambini anticipatari è disciplinata dal *Protocollo di accoglienza* approvato dagli organi collegiali della scuola, che tiene conto di specifiche valutazioni pedagogiche e didattiche.

SCELTA TEMPO SCUOLA – A.S. 20...../20.....

- A) **TURNO ANTIMERIDIANO** (dalle ore 8,00 alle 13,00)
B) **INTERA GIORNATA** (dalle ore 8,00 alle 16,00)

DICHIARANO

Residenza della famiglia

| | |
|----------------|-------|
| VIA | LUOGO |
| TEL. | CELL. |
| INDIRIZZO MAIL | |

Reperibilità dei genitori o chi ne fa le veci durante l'orario scolastico:

| | |
|--|-------|
| MADRE | CELL. |
| PADRE | CELL. |
| ALTRO (cognome, nome e relazione di parentela) | CELL. |

Eventuale asilo nido o scuola dell'infanzia frequentato: _____

Inoltre in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, il sottoscritto dichiara:

◇ che la propria famiglia è composta da:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

◇ Che figli_ è stat_ sottopost_ alle vaccinazioni obbligatorie SI NO

◇ Che figli_ è bambino/a con disabilità SI NO

◇ Che figli_ è bambino/a è in fase di accertamento o certificazione SI NO

◇ Eventuali necessità particolari, di carattere medico, relative al bambino (diabete, assunzione di farmaci in orario scolastico, necessità di variazione orario di ingresso/uscita per visite, o terapie,ecc..(Compilare modulo allegato)

.....

◇ Eventuali richieste da parte della famiglia:

.....

DATA _____ F I R M A _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE:

- N. 2 FOTO FORMATO TESSERA
- ATTESTAZIONI PER FORMAZIONE EVENTUALE LISTA DI ATTESA
- CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'
- MODULO PER INTOLLERANZE E O ALLERGIE
- CERTIFICATO REGOLARITA' VACCINALE PER ALUNNI NON RESIDENTI IN REGIONE LOMBARDIA OPPURE APPENA ARRIVATI IN ITALIA (se l'alunno ha eseguito le vaccinazioni fuori dalla Regione Lombardia, richiedere certificato all'ATS di effettuazione vaccinazioni. Se l'alunno è appena arrivato in Italia, rivolgersi all'Agenzia delle Entrate per il rilascio del Codice Fiscale, rivolgersi in Comune per il Documento di Identità e all'ASL di Pavia per il rilascio della Tessera Sanitaria e per il certificato vaccinale. Sia che l'alunno provenga da un'altra Regione, sia che provenga dall'Estero, si dovranno poi recare all'AST di Pavia per il rilascio del certificato vaccinale da portare in segreteria).
- SI RICORDA CHE PER ACCEDERE ALLA SCUOLA INFANZIA, LE VACCINAZIONI SONO OBBLIGATORIE. SE L'ALUNNO NON E' VACCINATO, NON POTRA' ACCEDERE FINCHE' NON SI SARA' REGOLARIZZATO.**

**MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI
DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA PER L'A.S. 20...../20.....**

ALUNNO _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta all'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce.

A. Insegnamento della Religione Cattolica (IRC)

B. Attività Alternativa

F I R M A

Data _____

Art. 9 n. 2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la L. 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929: "*La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado.*

nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento.

All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione".

DICHIARAZIONE CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE

(AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI PER LA FORMAZIONE DELL'EVENTUALE LISTA DI ATTESA)

I sottoscritti genitori:

| | | | |
|--------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| PADRE | <i>Cognome e nome padre</i> | <i>Luogo nascita padre</i> | <i>Data nascita padre</i> |
| | | | |
| MADRE | <i>Cognome e nome madre</i> | <i>Luogo nascita madre</i> | <i>Data nascita madre</i> |
| | | | |
| TUTORE | <i>Cognome e nome tutore</i> | <i>Luogo nascita tutore</i> | <i>Data nascita tutore</i> |
| | | | |

Consapevoli delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.26 della legge 15/1968, richiamato dall'art.6, comma 2 del D.P.R.n.403/1998.

DICHIARANO

che il proprio nucleo familiare è residente a _____;

che la famiglia ha un solo genitore

che il genitore unico lavora (**compilare autocertificazione allegata**)

Particolari necessità della famiglia documentate dai servizi sociali SI NO
e/o dall'ASL di _____ (allegare documentazione)

che il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione è diversamente abile (allegare documentazione)

i genitori lavorano entrambi (**compilare autocertificazione allegata**)

che il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha frequentato l'asilo nido nel Comune di _____

che il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha frequentato in precedenza una scuola dell'infanzia **statale** nel Comune di _____

che altri figli frequentano la scuola dell'Infanzia statale per la quale si richiede l'iscrizione nell'anno scolastico di riferimento;

In fede

(firma del padre)

(firma della madre)

N.B.: Barrare le caselle che interessano

MODULO PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE

• SINTOMATOLOGIA PRESENTATA

- GASTROENTEROLOGICA SPECIFICARE.....
- CUTANEA SPECIFICARE.....
- RESPIRATORIA SPECIFICARE.....
- ALTRO SPECIFICARE.....

ALLERGIE ALIMENTARI: (elencare alimenti da evitare)

.....

.....

ALLERGIE DA CONTATTO: (elencare prodotti da evitare)

.....

.....

A tal fine si allega Certificato Medico

ULTERIORI SEGNALAZIONI

Data _____

Firma dei genitori

Padre _____

Madre _____



Ministero dell'Istruzione

LC "EMANUELE FILIBERTO DI SAVOIA" CASORATE PRIMO (Pavia)

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo grado

Codice Ministeriale PVIC805008 - Codice Fiscale: 96039020183 - Codice Univoco: UFARDQ

Sede Centrale e Uffici: Via F.lli Kennedy, 3 - 27022 Casorate Primo (PV)



☎ 02/9056075 - 02/90056139

✉ **segreteria:** pvic805008@istruzione.it - PEC: pvic805008@pec.istruzione.it

✉ D.S. dirigenti@iccasorateprimo.edu.it

🌐 www.iccasorateprimo.edu.it



ALUNNO/A _____ NATO A _____ IL _____

CLASSE ____ SEZ. ____ SCUOLA INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA A.S. 20 ____/20 ____

INFORMATIVA PRIVACY ALLE FAMIGLIE

Redatta ai sensi degli Artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in applicazione del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali, è opportuno che prenda visione

si una serie di informazioni che La possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali i Suoi dati verranno trattati e quali sono i diritti che potrà esercitare rispetto a questo trattamento.

Per quale finalità saranno trattati i miei dati personali?

Il trattamento dei dati personali e sensibili necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente all'iscrizione dello studente all'Istituto scolastico avverrà allo scopo di costituire, perfezionare e mantenere il rapporto con l'Istituto stesso per il **perseguimento delle finalità istituzionali** dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.

Vi informiamo che possono essere oggetto di trattamento le seguenti categorie di dati sensibili e giudiziari:

- dati relativi alle origini razziali ed etniche, per favorire l'integrazione degli alunni con cittadinanza non italiana;
- dati relativi alle convinzioni religiose, per garantire la libertà di credo religioso e per la fruizione dell'insegnamento della religione cattolica o delle attività alternative a tale insegnamento;
- dati relativi allo stato di salute, per assicurare l'erogazione del sostegno agli alunni diversamente abili e per la composizione delle classi; dell'insegnamento domiciliare ed ospedaliero nei confronti degli alunni affetti da gravi patologie, per la partecipazione alle attività educative e didattiche programmate, a quelle motorie e sportive, alle visite guidate e ai viaggi di istruzione, per l'adempimento di obblighi derivanti da contratti di assicurazione finalizzati alla copertura di rischi per infortuni;
- dati giudiziari, per assicurare il diritto allo studio anche a soggetti sottoposti a regime di detenzione;
- dati sensibili e giudiziari concernenti tutte le attività connesse alla difesa in giudizio delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, ivi compresi convitti, educandati e scuole speciali
- dati relativi alle convinzioni politiche, per la costituzione e il funzionamento delle Consulte e delle Associazioni degli studenti e dei genitori;
- dati relativi alla previsione normativa Legge 119/2017.

Quali garanzie ho che i miei dati siano trattati nel rispetto dei miei diritti e delle mie libertà personali?

Il trattamento avverrà nell'ambito degli uffici di segreteria e dei locali scolastici in genere in modalità sia manuale che informatica.

A garanzia della riservatezza dei dati saranno applicate misure minime di sicurezza organizzative ed informatiche di cui viene data evidenza all'interno del "Registro dei trattamenti" elaborato da questa Istituzione scolastica. L'Istituto ha provveduto ad impartire ai propri incaricati istruzioni precise in merito alle condotte da tenere ad alle procedure da applicare per garantire la riservatezza dei dati dei propri utenti. In occasione del trattamento potremmo venire a conoscenza di dati delicati in quanto idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, infortuni, esoneri, diagnosi funzionali etc.) e convinzioni religiose (richiesta di fruizione di festività religiose, diete religiose etc.) che, assieme ai dati definiti "giudiziari" vengono trattati per le finalità di rilevante interesse pubblico che il M.I.U.R. persegue.

Non verrà eseguito su di essi alcun processo decisionale automatizzato (profilazione).

| | |
|--|--|
| <p>I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti?</p> | <p>I dati personali forniti potranno essere comunicati agli Enti territoriali, all'Amministrazione scolastica (M.I.U.R., U.S.R. ed U.S.T.), all'INAIL, all'ASL/ATS oltre che ai professionisti e fornitori di cui il nostro Istituto si avvale quali RSPP, DPO, medico competente, compagnie di assicurazione, agenzie di viaggio, esclusivamente per finalità istituzionali. Specificamente i Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati; ai responsabili del servizio di refezione (se previsto) per i fini organizzativi dello stesso, agli enti esterni per l'organizzazione di attività didattiche di vario genere incluse le uscite didattiche, fotografie che ritraggono gli studenti potranno essere esposte nei locali dell'Istituto ed all'interno delle aule per finalità di documentazione dell'attività didattica, i dati gestiti in modalità informatica potranno essere visti dai tecnici incaricati della loro custodia in occasione delle attività di controllo e manutenzione della rete e delle apparecchiature informatiche. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti non espressamente indicati nella presente se non previo acquisizione del Suo consenso, né diffusi.</p> <p>In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario.</p> <p>Gli stessi non verranno trasferiti a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali.</p> |
| <p>Per quanto tempo terrete i miei dati?</p> | <p>I dati saranno conservati presso l'Istituto per tutto il tempo in cui l'iscrizione sarà attiva ed in seguito, in caso di trasferimento ad altra Istituzione o cessazione del rapporto, verranno trattenuti esclusivamente i dati minimi e per il periodo di conservazione obbligatorio previsto dalla normativa vigente.</p> |
| <p>Quali sono i miei diritti?</p> | <p>L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accesso ai propri dati, la loro rettifica o cancellazione; - La limitazione e di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano; - La portabilità dei dati; <p>L'interessato ha inoltre diritto a proporre reclamo all'Autorità di controllo dello Stato di residenza, nonché a revocare il consenso al trattamento ai sensi dell'Art. 6 del G.D.P.R.</p> |
| <p>Cosa accade se non conferisco i miei dati?</p> | <p>Il conferimento dei dati personali è obbligatorio in quanto l'Istituto svolge compiti di natura istituzionale. Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire allo studente tutti i servizi necessari per garantire il suo diritto all'istruzione ed alla formazione. Il mancato consenso ai trattamenti non strettamente istituzionali potrebbe comportare l'impossibilità di fornire allo studente particolari servizi.</p> |
| <p>Chi è il Titolare del trattamento?</p> | <p>L'Istituto Scolastico nella persona del Dirigente Scolastico pro tempore</p> |
| <p>Responsabile della protezione dei dati (R.P.D. / D.P.O.)</p> | <p>Vargiu Antonio c/o Vargiu Scuola SRL – Via dei Tulipani 7/9 – 09032 ASSEMINI (CA) e-mail: dpo@vargiuscuola@it</p> |

RICHIESTE DI MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 7 DEL REGOLAMENTO U.E.

| RICHIESTA <small>(APPORRE UNA X NELLE COLONNE A DESTRA IN CORRISPONDENZA DELLA SCELTA FATTA)</small> | ACCONSENTO | NON ACCONSENTO |
|--|------------|-------------------|
| I dati dello studente, ivi compresi quelli relativi al suo stato di salute, potranno essere comunicati a INAIL e/o compagnie assicurative in occasione di infortuni accorsi allo stesso per l'esplicazione delle pratiche di rimborso. (Si veda informativa specifica del broker assicurativo) | X | |
| I dati dello studente in questione saranno inoltre comunicati ai seguenti siti istituzionali: USR, AST, MIUR, INVALSI (**) | X | |
| I dati anagrafici dello studente potranno essere comunicati ad altri Istituti di Istruzione che li richiedano al fine di utilizzarli per informare circa la loro offerta di servizi formativi. | | |
| Lo studente potrà essere fotografato in occasione della realizzazione della foto ricordo di fine anno, tale foto verrà consegnata ai genitori della classe che ne facciano richiesta. | | |
| I dati dello studente in questione saranno conservati negli uffici di segreteria per garantire il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (**) | X | |
| I dati dello studente potranno essere utilizzati in calce ai suoi lavori (disegni, testi, ecc.) per essere esposti all'interno dell'Istituto, inviati con posta normale e/o elettronica a altre eventuali Istituti con cui codesta istituzione possa collaborare; | | |
| Gli elaborati dello studente potranno essere pubblicati su giornali che offrono spazi per raccontare le attività didattiche dell'Istituto, su giornalini scolastici diffusi nel territorio, sul sito dell'Istituto; | | |
| Personale autorizzato dell'Istituto potrà riprendere mediante l'ausilio di mezzi audiovisivi, nonché fotografare il minore, nei casi espressamente assoggettati al consenso del tutore, per fini strettamente connessi all'attività didattica. I risultati di detta attività potranno essere diffusi mediante pubblicazione sul sito internet dell'Istituto . | | |
| Personale autorizzato dell'Istituto potrà riprendere mediante l'ausilio di mezzi audiovisivi, nonché fotografare il minore, nei casi espressamente assoggettati al consenso del tutore, per fini strettamente connessi all'attività didattica. I risultati di detta attività potranno essere esposti all'interno dei locali dell'Istituto in aree ad esclusiva fruizione degli studenti e del personale della scuola. | | |

Luogo e data

FIRME PER PRESA VISIONE

Cognome e nome 1° Genitore Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata per presa visione da parte di 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.

(**) In caso di fini istituzionali non è richiesto alcun consenso da parte del soggetto titolare del diritto, se non in casi particolari su indicazioni del TDM di competenza.

Al Dirigente Scolastico

All'Istituto Comprensivo

Di Casorate Primo

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno _____

Frequentante la classe /sezione _____ della scuola Infanzia

Primaria

Secondaria

CHIEDE

DI ANTICIPARE L'USCITA DA SCUOLA

DI POSTICIPARE L'ENTRATA DA SCUOLA

Nei seguenti giorni:

| GIORNI | ORA DI ENTRATA A SCUOLA | ORA DI USCITA DA SCUOLA | DATA TERMINE VARIAZIONE ORARIA |
|-----------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| LUNEDÌ | | | |
| MARTEDÌ | | | |
| MERCOLEDÌ | | | |
| GIOVEDÌ | | | |
| VENERDÌ | | | |

MOTIVAZIONE:

Data: _____

In fede _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Maria Gentile

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
I.C. "EMANUELE FILIBERTO DI SAVOIA" CASORATE PRIMO (Pavia)

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo grado
 Codice Ministeriale PVIC805008 - Codice Fiscale: 96039020183 - Codice Univoco: UFARDQ
 Sede Centrale e Uffici: Via F.lli Kennedy, 3 - 27022 Casorate Primo (PV)



☎ 02/9056075 - 02/90056139

✉ segreteria: pvic805008@istruzione.it - PEC: pvic805008@pec.istruzione.it

✉ D.S. dirigentescolastico@iccasorateprimo.edu.it

🌐 www.iccasorateprimo.edu.it



Mod. A – Farmaci

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Alla Dirigente e alle insegnanti del _____

I sottoscritti

Cognome e nome 1° Genitore Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata per presa visione da parte di 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.

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> dell'infanzia | sez. _____ |
| <input type="checkbox"/> primaria | classe _____ |
| <input type="checkbox"/> secondaria di I° grado | classe _____ |

- consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alle certificazioni allegate;

AUTORIZZANO

- Il personale educativo/docente della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.
- Si allega prescrizione/certificazione/piano terapeutico redatta da _____ in data _____
- Si consegna farmaco specifico: _____
- Si chiede l'autorizzazione all'ingresso del genitore sig. _____ affinché possa somministrare al figlio/a il farmaco di cui necessita

Data:

Allegato al presente modulo troverà l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 GDPR in materia di protezione dei dati personali. Maggiori e più puntuali precisazioni sulle finalità di trattamento possono essere reperite sul sito istituzionale dell'Istituto.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- Vista la richiesta dei genitori;
- constatata l'assoluta necessità;
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

in via _____ Telefono/cell. _____

Classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

Affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

Orario: 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^dose _____ 4^ dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

INFORMATIVA PRIVACY ALLE FAMIGLIE

Redatta ai sensi degli Artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in applicazione del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali, è opportuno che prenda visione di una serie di informazioni che La possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali i Suoi dati verranno trattati e quali sono i diritti che potrà esercitare rispetto a questo trattamento.

| | |
|---|--|
| Per quale finalità saranno trattati i miei dati personali? | Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente all'iscrizione dello studente all'Istituto scolastico avverrà allo scopo di costituire, perfezionare e mantenere il rapporto con l'Istituto stesso, per garantire il diritto alla salute dello studente, per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo. |
| Quali garanzie ho che i miei dati siano trattati nel rispetto dei miei diritti e delle mie libertà personali? | Il trattamento avverrà nell'ambito degli uffici di segreteria e dei locali scolastici in genere in modalità sia manuale che informatica. A garanzia della riservatezza dei dati saranno applicate misure minime di sicurezza organizzative ed informatiche di cui viene data evidenza all'interno del "Documento delle misure a tutela dei dati delle persone" elaborato da questa Istituzione scolastica. L'Istituto ha provveduto ad impartire ai propri incaricati istruzioni precise in merito alle condotte da tenere ad alle procedure da applicare per garantire la riservatezza dei dati dei propri utenti. In occasione del trattamento potremmo venire a conoscenza di dati delicati in quanto idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, infortuni, esoneri, diagnosi funzionali etc.) e convinzioni religiose (richiesta di fruizione di festività religiose, diete religiose etc.) che, assieme ai dati definiti "giudiziari" vengono trattati per le finalità di rilevante interesse pubblico che il M.I.U.R. persegue. Non verrà eseguito su di essi alcun processo decisionale automatizzato (profilazione). |
| I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti? | I dati personali forniti potranno essere comunicati agli Enti territoriali, all'Amministrazione scolastica (M.I.U.R., U.S.R. ed U.S.T.), all'INAIL, all'ASL/ATS oltre che ai professionisti e fornitori di cui il nostro Istituto si avvale quali RSPP, DPO, medico competente, compagnie di assicurazione, agenzie di viaggio, esclusivamente per finalità istituzionali. Specificamente i Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati; ai responsabili del servizio di refezione (se previsto) per i fini organizzativi dello stesso, agli enti esterni per l'organizzazione di attività didattiche di vario genere incluse le uscite didattiche, i dati gestiti in modalità informatica potranno essere visti dai tecnici incaricati della loro custodia in occasione delle attività di controllo e manutenzione della rete e delle apparecchiature informatiche. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti non espressamente indicati nella presente se non previo acquisizione del Suo consenso, né diffusi. Gli stessi non verranno trasferiti a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali. |
| Per quanto tempo terrete i miei dati? | I dati saranno conservati presso l'Istituto per tutto il tempo in cui l'iscrizione sarà attiva ed in seguito, in caso di trasferimento ad altra Istituzione o cessazione del rapporto, verranno trattenuti esclusivamente i dati minimi e per il periodo di conservazione obbligatorio previsto dalla normativa vigente. |
| Quali sono i miei diritti? | L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento: - L'accesso ai propri dati, la loro rettifica o cancellazione; - La limitazione e di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano; - La portabilità dei dati; L'interessato ha inoltre diritto a proporre reclamo all'Autorità di controllo dello Stato di residenza, nonché a revocare il consenso al trattamento ai sensi dell'Art. 6 del G.D.P.R. |
| Cosa accade se non conferisco i miei dati? | Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire allo studente tutti i servizi necessari per garantire il suo diritto alla salute. |
| Chi è il Titolare del trattamento? | L'Istituto Scolastico nella persona del Dirigente Scolastico pro tempore |
| Responsabile della protezione dei dati (R.P.D. / D.P.O.) | Vargiu Antonio c/o Vargiu Scuola SRL – Via dei Tulipani 7/9 – 09032 ASSEMINI (CA) e-mail: dpo@vargiuscuola@it |

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti _____

in qualità di Genitori/Tutori del/la minore _____

Classe _____ sezione _____

Plesso _____

Vista

l'Informativa relativa all'ANAGRAFE DEGLI STUDENTI – PARTIZIONE DEDICATA AGLI ALUNNI CON DISABILITA' esprimiamo il consenso al trattamento dei dati necessario all'ottenimento dell'insegnante di sostegno.

In relazione alla possibilità di consentire l'accesso al fascicolo da parte di altri istituti scolastici operiamo la seguente scelta:

a. **La famiglia autorizza il trattamento dei dati da parte di altra scuola:** con questa decisione, la famiglia acconsente, in seguito ad un cambio scuola dell'alunno, che la scuola di destinazione, nel momento in cui l'alunno diventa suo frequentante, acceda e possa trattare i dati registrati nel fascicolo di disabilità esistente;

oppure

b. **La famiglia dichiara l'intenzione di storicizzare il fascicolo, rendendolo non consultabile da altra scuola:** con questa decisione, la famiglia chiede che venga storicizzato il fascicolo di disabilità esistente.

In relazione alla possibilità di utilizzo dei dati a fini statistici operiamo la seguente scelta:

a. **La famiglia richiede l'esclusione dei dati dell'alunno dalle rilevazioni statistiche**

oppure

b. **La famiglia autorizza l'accesso ai dati dell'alunno per le rilevazioni statistiche**

Data _____

In fede

| Nome e Cognome in stampatello | Firma |
|-------------------------------|-------|
| Padre/Tutore | |
| Madre/Tutore | |

Nel caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

| Nome e Cognome in stampatello | Firma |
|-------------------------------|-------|
| | |

AUTOCERTIFICAZIONE LAVORO GENITORI - PADRE

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ Via _____

Padre dell'alunn _____ che chiede l'iscrizione alla scuola dell'infanzia

DICHIARA

di essere lavoratore in proprio

di essere lavoratore dipendente

Denominazione della Ditta _____

Sita in _____ Via _____

Tel. _____

orario di lavoro a tempo pieno _____

orario di lavoro a tempo parziale _____

Se lavoratore in proprio:

di essere iscritto alla camera di Commercio, Agricoltura e Artigianato di _____

con Partita IVA n. _____

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della L. 15/1968 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità.

Data _____

FIRMA _____

AUTOCERTIFICAZIONE LAVORO GENITORI - MADRE

La sottoscritta _____

nata il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ Via _____

Madre dell'alunn _____ che chiede l'iscrizione alla scuola dell'infanzia

DICHIARA

di essere lavoratrice in proprio

di essere lavoratrice dipendente

Denominazione della Ditta _____

Sita in _____ Via _____

Tel. _____

orario di lavoro a tempo pieno _____

orario di lavoro a tempo parziale _____

Se lavoratrice in proprio:

di essere iscritta alla camera di Commercio, Agricoltura e Artigianato di _____

con Partita IVA n. _____

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della L. 15/1968 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità.

Data _____

FIRMA _____

