ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO
Via Roma, 19 – 29029 – RIVERGARO (PC)
Tel. 0523/958671 – Fax 0523/952492
E-mail: PCIC81600L@istruzione.it P.E.C.: PCIC81600L@pec.istruzione.it
Sito internet: www.icri-go.edu.it
Cod. Fisc.: 80009830334 Codice Univoco: UFSAD2

*****

Scuola dell'infanzia di: _____ Prot. n. _____ del _____
a cura della scuola

Il/La sottoscritto_____

genitore di_____ ☐ **maschio** ☐ **femmina**
[o esercente la responsabilità genitoriale (□ tutore; □ affidatario)]

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a venga iscritto per l'anno scolastico **2026/2027** alla scuola dell'Infanzia di _____

☐ **orario ordinario** delle attività educative per **40 ore** settimanali (dal lunedì al venerdì dalle ore **8.00** alle ore **16.00**)

☐ **orario ridotto** delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per **25 ore** settimanali (dal lunedì al venerdì dalle ore **8.00** alle ore **13.00**) **SENZA servizio mensa.**
☐ dell'anticipo **(SOLO per i nati entro il 30 aprile 2024**) subordinatamente alla disponibilità di posti, e alla **precedenza** dei nati che compiono tre anni entro il **31 dicembre 2026.**

Iscrizione al servizio mensa: solo per scelta **40 ore** settimanali Sì ☐ NO ☐ (**gestito dal Comune**)

Iscrizione al servizio trasporto: Sì ☐ NO ☐ (**gestito dal Comune**)

NOTE DELLA FAMIGLIA

_____

_____

(richieste da fare alla scuola)

DICHIARA

- **di NON aver presentato e di non presentare domanda di iscrizione in altre scuole dell'infanzia**;
- che il/la proprio/a figlio/a:
  - È nato/a a _____il _____Cod. fisc. _____
  - cittadinanza _____ in Italia dal _____
  - È residente a _____
    Via _____ n° _____
  - Domiciliato a: _____ Via _____ n° _____
    (***solo se non coincidente con la residenza)***
  - ***Ha frequentato l'asilo nido*** **Sì** ☐ **NO** ☐

Firma di autocertificazione* _____
(Legge n. 127 del 1997, d.P.R. n. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

- **Obblighi vaccinali:**

La mancata regolarizzazione della situazione vaccinale dei minori comporta la decadenza dall'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia, secondo quanto previsto dall'art. 3 bis, comma 5, del D.L. 73/2017, convertito nella L. 31/07/17 n. 119.

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

Data, Presa visione***** (occorre firma di entrambi i genitori)

_____ _____
_____ _____

***Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizioni, rientrando nelle responsabilità genitoriali, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'Istituzione Scolastica sia stata condivisa.**

NOTIZIE UTILI: CONTATTI FAMIGLIA

Telefono fisso		**Cellulare madre**		**Cellulare padre**

Posta elettronica

REPERIBILITÀ MADRE DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO	
	Telefono madre
REPERIBILITÀ PADRE DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO	
	Telefono padre

MEDICO CURANTE/PEDIATRA dell'ALUNNO _____ (indicarne cognome e nome) _____ **(indicarne il n. di telefono)**

L'ALUNNO/A NECESSITA DI ATTENZIONI PARTICOLARI (DOCENTE DI SOSTEGNO E/O PERSONALE EDUCATIVO/ASSISTENZIALE COMUNALE)? **SI ☐ NO ☐**

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI CERTIFICATE **SI ☐ NO ☐**

FARMACO SALVAVITA **SI ☐ NO ☐**

EVENTUALI VARIAZIONI DELLA RESIDENZA ANDRANNO COMUNICATE ALLA SEGRETERIA PER MAIL: segreteria@icri-go.edu.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art. 2 L. 4.1.68 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni)

…l.. sottoscritt.. …… nat… a …… (……)

il …… residente in …… via …… n. ….

domiciliato in …… via …… n. ….

tel. …… genitore dell'alunno

……

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge 4.1.68 n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata Legge n. 15/68 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che …l… propri.. figli…
è nat…. a …… (……) il ……
è residente a ……. via ……..…….. n. …..
è domiciliato a …….. via ……. n. …..
è cittadin.. …… e che
oltre all'alunn___ , la famiglia si compone di n. … di persone e precisamente:

PADRE ..... **nato a** ..... **il** .....

MADRE ..... **nata a** ..... **il** .....

**** (……)** ..... **nat…a** ..... **il** .....

**** (……)** ..... **nat…a** ..... **il** .....

**** (……)** ..... **nat…a** ..... **il** .....

**** (……)** ..... **nat…a** ..... **il** .....

**** (……)** ..... **nat…a** ..... **il** .....

**** (……)** ..... **nat…a** ..... **il** .....

Data, ... **li,** .....

Firma di autocertificazione

.....

NOTE: ** indicare nel riquadro il rapporto di parentela (es. FR=fratello, SO=sorella, NO=nonno, NA=nonna)

Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica per l'anno scolastico ……

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 dell'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 e per i successivi anni di corso nei casi sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nella modalità di applicazione, il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

- **Scelta di AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica** ☐
- **Scelta di <u>NON AVVALERSI</u> dell'insegnamento della Religione Cattolica** ☐

La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa

FIRMA: ……
(*) Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni delle scuole dell'infanzia
Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. articolo 155 del codice civile, modificato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54)

(*) cancellare la voce che non si utilizza

Data ……..

Scuola ……. Classe …… Sezione……

Art. 9.2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1884, ratificato con la Legge 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".

MODULO INTEGRATIVO PER LE SCELTE DEGLI ALUNNI CHE NON SI AVVALGONO DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

ALUNNO …….

La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico a cui si riferisce.

A) ATTIVITÀ DIDATTICHE E FORMATIVE ☐

B) ATTIVITÀ DIDATTICHE INDIVIDUALI O DI GRUPPO CON ASSISTENZA DI PERSONALE DOCENTE ☐

C) NON FREQUENZA DELLA SCUOLA NELLE ORE DI INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA ☐

La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa

Firma _____

(*) Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni delle scuole dell'infanzia
Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. articolo 155 del codice civile, modificato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54)

Data, _____

N.B.: i dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal D.Lgs 196 del 2003 e s.m. e dal Regolamento (U.E.) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.

*****

DICHIARAZIONE da sottoscrivere e firmare da parte dei genitori dell'alunno efar pervenire all'Insegnante a mezzo telematico:

Il/La sottoscritt_____genitore di _____

della scuola **dell'Infanzia** _____ sezione_____del plesso di

_____dichiara di accettare le regole d'uso della piattaforma Google Suite e di autorizzare l'I.C. di Rivergaro a creare una casella mail con estensione @icri-go.edu.it al proprio/a figlio/a.

data:___/___/_____ Firma _____

DICHIARAZIONE PERSONALE

La sottoscritta _____

nata a _____ il _____

madre di _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge 41/68 n. 15 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti delle Leggi n. 15/68 e 127/97, sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

☐ di non svolgere attività lavorativa;

☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta _____
con sede _____ Tel. N. _____

☐ di essere lavoratrice autonoma _____
Tel. N. _____

☐ di essere libera professionista _____
Tel. N. _____

_____
(firma)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

padre di _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge 41/68 n. 15 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti delle Leggi n. 15/68 e 127/97, sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

☐ di non svolgere attività lavorativa;

☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta _____
con sede _____ Tel. N. _____

☐ di essere lavoratore autonomo _____
Tel. N. _____

☐ di essere libero professionista _____
Tel. N. _____

_____
(firma)

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO
Via Roma, 19 – 29029 – RIVERGARO (PC)
Tel. 0523/958671 – Fax 0523/952492
E-mail: PCIC81600L@istruzione.it P.E.C.: PCIC81600L@pec.istruzione.it
Sito internet: www.icri-go.edu.it
Cod. Fisc.: 80009830334 Codice Univoco: UFSAD2

*****

Il/la sottoscritto/a .....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la scuola ❑ dell'Infanzia ❑ Primaria ❑ Secondaria di ..... cl./sez. .....

DICHIARA

che le persone **maggiorenni,** di seguito elencate, sono da lui/lei **delegate** a ritirare il/la proprio/a figlio/a dalla sopra citata scuola e **COMUNICA i seguenti recapiti telefonici**:

	COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	TELEFONO/ CELLULARE	FIRMA DEL DELEGATO
1				
2				
3				
4				
5				

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare ad eventuali uscite didattiche **a piedi nel territorio comunale, nei comuni limitrofi, a Piacenza (rassegna teatrale, visite monumenti o musei, giochi sportivi studenteschi).**

DATA, _____ **FIRMA**

_____

Scuola dell'infanzia di: **_____** **sez. .....**	**Cognome dell'alunno/a: _____** **Nome dell'alunno/a: _____** □ **maschio** □ **femmina** **Residente a: _____**

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO E GOSSOLENGO (PC)

Il/La sottoscritto/a genitore _____

chiede che per il/la proprio/a figlio/a venga **confermata l'iscrizione** per l'anno scolastico **2027/2028** alla Scuola dell'Infanzia di _____

1) chiede di avvalersi per l'anno scolastico **2027/2028** della

❑ Frequenza orario ordinario dal lunedì al venerdì (dalle h. **8.00** alle h. **16.00** con servizio mensa)

❑ Frequenza orario ridotto dal lunedì al venerdì (dalle h. **8.00** alle h. **12.30/13.00** senza servizio mensa)

2) per quanto riguarda l'insegnamento della religione cattolica, dichiara di optare per:

❑ insegnamento religione cattolica ❑attività alternative ❑ uscita da scuola

3) dichiara inoltre che il/la proprio/a figlio/a:

- È nato/a a _____ il _____

Cittadinanza _____ in Italia dal _____

- È residente a _____

Via _____ n° _____ Tel.☎_____

Indirizzo di posta elettronica (se disponibile) _____

Domiciliato a: _____ Via _____ n° _____

(***indicare il domicilio solo se non coincidente con la residenza)***

Il sottoscritto è consapevole che la firma apposta sulla presente domanda vale come autocertificazione per tutti i dati contenuti nel modello.

Data: _____ Firma: _____

I dati contenuti nella presente scheda possono essere utilizzati dalla scuola esclusivamente per i propri fini istituzionali (comunicazioni alle famiglie, ecc.) ai sensi del D. Lgs. n. 196/03, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei propri dati personali.

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO
Via Roma, 19 – 29029 – RIVERGARO (PC)
Tel. 0523/958671 – Fax 0523/952492
E-mail: PCIC81600L@istruzione.it P.E.C.: _PCIC81600L@pec.istruzione.it
Sito internet: www.icri-go.edu.it
Cod. Fisc.: 80009830334 Codice Univoco: UFSAD2

*****

Nota: Compilare ogni parte in STAMPATELLO
Allegare: n. **2** FOTO formato tessera (da inviare in allegato alla presente)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____

SEDE DI _____

DICHIARA CHE LA FOTO SOPRAESPOSTA APPARTIENE AL ____

PROPRI ____ FIGLI ___

NAT __ A _____

IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ TELEFONO _____

_____
Data

_____
Firma

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO
Via Roma, 19 – 29029 – RIVERGARO (PC)
Tel. 0523/958671 – Fax 0523/952492
E-mail: PCIC81600L@istruzione.it P.E.C.: PCIC81600L@pec.istruzione.it
Sito internet: www.icri-go.edu.it
Cod. Fisc.: 80009830334 Codice Univoco: UFSAD2

*****

COGNOME ALUNNO **NOME ALUNNO**

INFORMATIVA PRIVACY USO IMMAGINI

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

In questa prima parte occorre fare una breve introduzione descrivendo il progetto nell'ambito del quale verranno acquisite le fotografie o le riprese audio o audio/video che ritrarranno l'allievo.

Per quale finalità saranno trattati i miei dati personali?	Personale autorizzato dall'Istituto potrà riprendere mediante l'ausilio di mezzi audiovisivi, nonché fotografare l'allievo, per fini strettamente connessi all'attività didattica svolta. Tali immagini hanno l'obiettivo di documentare l'attività svolta e potranno essere riviste in ambito scolastico al fine di farne un'analisi critica.
Quali garanzie ho che i miei dati siano trattati nel rispetto dei miei diritti e delle mie libertà personali?	Il trattamento avverrà nell'ambito dei locali scolastici in modalità sia manuale che informatica. A garanzia della riservatezza dei dati saranno applicate misure di sicurezza organizzative ed informatiche adeguate 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. Non verrà eseguito su di essi alcun processo decisionale automatizzato (profilazione).
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti?	Le immagini verranno divulgate all'interno del gruppo classe in modalità cartacea (fotografie) ed informatica (file in formato immagine o video) e copia dei supporti cartacei e digitali potrà essere consegnata agli allievi della classe per farne un uso privato in ambito strettamente familiare ed amicale. Le immagini verranno inoltre comunicate a …FAMIGLIE E ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO (*specificare);* e/o diffuse mediante …REGISTRO ELETTRONICO, SITO D'ISTITUTO, BACHECA PADLET..... (*specificare);* Gli stessi <u>non verranno trasferiti</u> a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali.
Per quanto tempo terrete i miei dati?	I supporti contenenti le immagini (foto e riprese video) saranno conservati presso l'Istituto per la durata dell'anno scolastico in corso e fino ad 1 anno dopo il termine dello stesso. Al termine dell'anno scolastico gli stessi verranno consegnati agli allievi della classe per farne un uso privato in ambito strettamente familiare ed amicale.
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 conferimento del consenso all'uso delle immagini è facoltativo; Il mancato consenso non permetterà l'utilizzo delle immagini e/o delle riprese audiovisive del soggetto interessato per le finalità sopra indicate.
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.)	Luca Corbellini c/o Studio AG.I.COM. S.r.l. - Via XXV Aprile, 12 – 20070 SAN ZENONE AL LAMBRO (MI) e-mail dpo@agicomstudio.it

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

RICHIESTA (APPORRE UNA **X** NELLE COLONNE A DESTRA IN CORRISPONDENZA DELLA SCELTA FATTA)	**ACCONSENTO**	**NON ACCONSENTO**
Personale autorizzato dall'Istituto potrà riprendere mediante l'ausilio di mezzi audiovisivi, nonché fotografare l'allievo nell'ambito del progetto sopra descritto. Le immagini verranno divulgate all'interno del gruppo classe in modalità cartacea (fotografie) ed informatica (file in formato immagine o video) e copia dei supporti cartacei e digitali potrà essere consegnata agli allievi della classe per farne un uso privato in ambito strettamente familiare ed amicale.		
Le immagini in questione verranno inoltre comunicate a …FAMIGLIE ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO		
Le immagini in questione verranno diffuse mediante …REGISTRO ELETTRONICO SITO D'ISTITUTO E BACHECA PADLET DI RIVERGARO		

Luogo e data ……

Cognome e nome 1° Genitore …….. ..... 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.

ALLEGARE PAGINA LIBRETTO VERDE AUSL VACCINAZIONI O ELENCO VACCINI DAL F.S.E.

I MODULI SEGUENTI SONO DA COMPILARE SOLO ALL'OCCORRENZA:

Allegato n. 1

Modello di richiesta alla Scuola/Servizio educativo/Ente di formazione professionale per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico/Responsabile di Strutture
educative/Direttore dell'Ente di formazione
professionale della Scuola/Ente di formazione
…….
Via……
Località…….Provincia…….

Il sottoscritto/a (Cognome Nome)..…… in qualità di
genitore/tutore dello/a studente (Cognome e Nome)..……..…….……
Nato/a a …… il…….…
residente a ……in Via……..
che frequenta la classe …… sez …….
della scuola …….....
sita in Via …… Cap …….....
Località …….Prov. ……..
consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevando lo stesso
da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento,

CHIEDO
(barrare la scelta)

□ che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata

……
……
nei seguenti giorni ed orari:
……

oppure:

□ che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine consegno n…… di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci
……

Data ……

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIVERGARO
Via Roma, 19 – 29029 – RIVERGARO (PC)
Tel. 0523/958671 – Fax 0523/952492
E-mail: PCIC81600L@istruzione.it P.E.C.: _PCIC81600L@pec.istruzione.it
Sito internet: www.icri-go.edu.it
Cod. Fisc.: 80009830334 Codice Univoco: UFSAD2

*****

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.

ALLA CORTESE ATTENZIONE

DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'I.C. DI RIVERGARO

I sottoscritti _____

genitori del minore _____

frequentante la classe/sezione _____ della scuola_____

COMUNICANO

che __l __ propri__ figli_, nel corso dell'anno scolastico, necessita di sedute terapeutiche nel modo che segue:

giorno	orario terapie	terapia/sede	orario ingresso posticipato	orario uscita anticipata

CHIEDONO

per il suddetto motivo, l'autorizzazione a far uscire/entrare il proprio minore alle ore e nei giorni sopra indicati.

Allega alla presente la relativa documentazione

Data, _____ Firma _____

Firma _____

Visto: si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Giorgia Antaldi