Direzione Didattica PRIMO CIRCOLO "Raffaele Arfè"
Codice Circolo: NAEE18500X www.1cdsomma.it naee18500x@istruzione.it naee18500x@pec.istruzione.it
80049 SOMMA VESUVIANA (NA) via San Giovanni de Matha n.43 Tel 081.898.69.96 C.F. 80 022 100 632

MODULO PER LA RICHIESTA DI FREQUENZA DA PARTE DI ALUNNI CON PROGNOSI PER INFORTUNIO

Al Dirigente Scolastico
del Primo Circolo "R. Arfè" di Somma Vesuviana

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di:
☐ genitore
☐ tutore

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di:
☐ genitore
☐ tutore

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ sezione _____

plesso _____

CHIEDE

l'autorizzazione alla frequenza scolastica del/della proprio/a figlio/a durante il periodo di prognosi conseguente a:

☐ infortunio
☐ ingessatura
☐ fasciatura
☐ sutura/punti di sutura
☐ utilizzo di stampelle
☐ utilizzo di sedia a rotelle
☐ altro impedimento temporaneo:

Periodo indicato nella documentazione sanitaria:
1

dal _____ al _____

Descrizione sintetica dell'impedimento/limitazione:

_____

_____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Certificazione medica attestante l'idoneità alla frequenza scolastica.
☐ Certificazione medica specialistica, ove richiesta.
☐ Referto/documentazione sanitaria relativa all'infortunio.
☐ Altra documentazione:

_____

DICHIARAZIONE DEI GENITORI/TUTORI

I sottoscritti dichiarano:

- di aver preso visione della circolare dell'Istituto relativa alla riammissione a scuola degli alunni con prognosi, apparecchi gessati, fasciature, suture e limitazioni temporanee della deambulazione;
- di aver prodotto la documentazione sanitaria richiesta;
- di essere consapevoli che la frequenza durante il periodo di prognosi è subordinata alla preventiva autorizzazione del Dirigente Scolastico;
- di essere consapevoli che la frequenza potrà essere autorizzata con specifiche modalità organizzative, anche con eventuali variazioni dell'orario, qualora necessarie per garantire la sicurezza dell'alunno/a;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla scuola eventuali variazioni delle condizioni di salute dell'alunno/a che possano incidere sulla possibilità di frequenza;
- di dichiarare che la documentazione e le informazioni fornite sono veritiere e complete.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali adottata dall'Istituto Scolastico e resa disponibile secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Con la sottoscrizione del presente modulo, i genitori/tutori **prendono atto e autorizzano, per quanto di rispettiva competenza, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente richiesta e nella documentazione allegata**, compresi i dati relativi alla salute eventualmente presenti, da parte dell'Istituzione Scolastica e dei soggetti autorizzati al trattamento, esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della richiesta di frequenza scolastica durante il periodo di prognosi, alla valutazione delle condizioni di sicurezza e all'adozione delle eventuali misure organizzative necessarie.

Il trattamento sarà effettuato nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, integrità e riservatezza e secondo quanto previsto dal **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)** e dalla normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali.

I dati saranno trattati esclusivamente per il tempo necessario al perseguimento delle finalità istituzionali connesse alla presente richiesta e conservati secondo i tempi previsti dalla normativa vigente e dal piano di conservazione dell'Istituto.

I sottoscritti dichiarano inoltre di essere consapevoli che la presente sottoscrizione **non costituisce un consenso generico al trattamento dei dati**, ma è resa per prendere atto e autorizzare, ove necessario, il trattamento dei dati forniti nell'ambito della specifica procedura disciplinata dal presente modulo.

Luogo e data: _____

Firma dei genitori/tutori

1. _____
2. _____

In caso di firma di un solo genitore/tutore, il sottoscrittore dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di responsabilità genitoriale.

PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Esito della valutazione

☐ **AUTORIZZATA** la frequenza scolastica.

☐ **AUTORIZZATA** la frequenza scolastica con le seguenti modalità:

_____
_____
_____

☐ **NON AUTORIZZATA** la frequenza scolastica.

Motivazione:

_____
_____

Eventuali misure organizzative

☐ Orario di ingresso differenziato: ore _____

☐ Orario di uscita differenziato: ore _____

☐ Frequenza limitata dalle ore _____ alle ore _____

☐ Particolari modalità di accesso all'edificio.

☐ Limitazione degli spostamenti interni.

☐ Adattamento delle attività didattiche.

☐ Altre misure:

Eventuali prescrizioni/indicazioni:

Data: _____

Il Dirigente Scolastico

PRESA VISIONE DELL'ESITO

I genitori/tutori dichiarano di aver preso visione dell'esito della richiesta e delle eventuali modalità organizzative e prescrizioni indicate dall'Istituzione Scolastica.

Firma dei genitori/tutori

1. _____
2. _____