

# Istituto Comprensivo “NOSSIDE - PYTHAGORAS”



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale

Via Salita Aeroporto, s.n.c. - 89131 Reggio Calabria - Tel. e fax: 0965/643271

Cod. Ministeriale: **RCIC86900V** - Cod. Fisc.: **92081130806** - Cod. Fatturazione Elettronica: **UFUMT3**

Peo: [rcic86900v@istruzione.it](mailto:rcic86900v@istruzione.it) - Pec: [rcic86900v@pec.istruzione.it](mailto:rcic86900v@pec.istruzione.it) - Sito Web: [www.nossidepythagoras.it](http://www.nossidepythagoras.it)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "NOSSIDE - PYTHAGORAS"-REGGIO CALABRIA  
Prot. 0004672 del 12/09/2022  
IV (Uscita)

Reggio Calabria, lì 12/09/2022

**Alle famiglie degli alunni**

**E p.c.  
Al personale Docente**

**Al sito web**

## **OGGETTO: Ricognizione sanitaria alunni – a.s. 2022/2023.**

Si rappresenta l'opportunità, attraverso la compilazione del format allegato (Allegato 1), di segnalare all'ufficio di Dirigenza e per il suo tramite i Consigli di intersezione/interclasse/classe di appartenenza, eventuali aspetti (patologie rilevanti, uso sistemico di farmaci, allergie, intolleranze) richiedenti cure e attenzioni particolari, sotto il profilo della tutela della salute del minore, durante lo svolgimento delle normali pratiche educativo didattiche ivi compreso il servizio di refezione scolastica; rientrano, altresì, in questa procedura gli eventuali piani di azione per la somministrazione di farmaci salvavita.

**Nulla dovrà essere compilato e trasmesso se non pienamente aderente alle finalità della presente procedura.**

Con riferimento precipuo all'attività pratica di Educazione fisica/Scienze motorie e sportive, si precisa quanto segue:

- gli alunni che per transitori motivi di salute non possono partecipare attivamente alla lezione del giorno, porteranno opportunamente annotata sul libretto personale, che sarà fornito dalla scuola, una giustificazione a firma di uno dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale;
- in caso di impedimenti tali da giustificare l'esonero per periodi prolungati, ovvero per l'intero anno scolastico, dall'attività pratica si dovrà rivolgere formale richiesta al Dirigente scolastico, previa presentazione di idonea certificazione, da allegarsi al relativo modello (Allegato 2).

La documentazione, debitamente firmata, dovrà essere depositata *brevi manu* agli uffici di segreteria in rigorosa osservanza degli orari già resi noti, debitamente chiusa all'interno di un plico riportante all'esterno “*Ricognizione sanitaria – Nome/Cognome dell'alunno, ordine, classe e plesso di appartenenza*”, entro e non oltre il 30/09/2022.

Nulla dovrà essere allegato riguardo accertamenti medico-sanitari condotti o in atto, ad eccezione, nei casi opportuni e ricorrenti, di opportuna certificazione rilasciata dal PLS/MMG ovvero da medici specialisti.

Si precisa che la documentazione in parola sarà conservata nel pieno rispetto della privacy.

Resta prescritto per l'Istituto il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (118) nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, secondo le procedure regolamentate e a cui si rinvia.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Ing. Giuseppe Martino**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art. 3, c. 2 D.Lgs. n. 39/1993

**OGGETTO: Ricognizione delle esigenze sanitarie degli alunni – a.s. 2022/2023.**

DATI DELL'ALUNNO/A					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RESIDENZA			COMUNE		
ORDINE			PLESSO		SEZIONE/CLASSE

DATI DEI GENITORI (O DEL SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE)					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RECAPITO TELEFONICO					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RECAPITO TELEFONICO					

ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (eventuale)					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RECAPITO TELEFONICO					

DATI DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI FAMIGLIA					
COGNOME			NOME		
RECAPITO TELEFONICO					

SINTESI SANITARIA					
Barrare con una crocetta					
PATOLOGIE GRAVI	SI	NO	Si allega certificazione		
USO SISTEMATICO DI FARMACI	SI	NO			
PROCEDURE SALVAVITA	SI	NO			
ALLERGIE E/O INTOLLERANZE	SI	NO			
TERAPIE CONTINUATIVE	SI	NO			
ALTRE INFORMAZIONI					

RICHIESTE					
Barrare con una crocetta					
ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO	SI	NO			
ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI DI DELEGATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO	SI	NO			
Indicare il soggetto delegato (parente, affine, altro)					
AUTOSOMMINISTRAZIONE DA PARTE DELL'ALUNNO	SI	NO			

<b>Indicare la tipologia di farmaco a), la posologia b), la modalità di conservazione c), la modalità di somministrazione d) e ogni altro elemento utile e)</b>		
a) b) c) d) e)		
AUTORIZZAZIONE ALLA EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE DA PARTE DI PERSONALE SCOLASTICO	SI	NO

La sottoscrizione del presente documento autorizza laddove necessario la divulgazione, al Team docenti/Consiglio di classe di appartenenza e al personale eventualmente incaricato della somministrazione, delle informazioni ivi contenute per le finalità strettamente necessarie alla tutela della salute del minore.

La presente documentazione sarà depositata all'interno del fascicolo personale dell'allievo, custodita rigorosamente in un plico sigillato sino al termine dell'anno scolastico.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega alla presente:

- Copia/e del documento di identità in corso di validità (istante ed eventuale delegato);
- Certificazione medica.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>OGGETTO: Richiesta di esonero dalle attività pratiche di Educazione fisica/Scienze motorie e sportive – a.s. 2022/2023.</b>
--

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore/i  esercente la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che venga riconosciuto l'esonero:

parziale (specificare tipologia di dispensa \_\_\_\_\_)

totale

permanente

temporaneo (specificare sino a quando \_\_\_\_\_)

dall'attività pratica di Educazione fisica/Scienze motorie e sportive, per i motivi di cui all'allegata certificazione medica.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega alla presente:

- Copia/e del documento di identità in corso di validità;

- Certificazione medica.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_