



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MONTEBELLO VICENTINO
Via G. Gentile, 7 - 36054 - MONTEBELLO VIC.NO – (VI)
Tel. 0444/649086 - e-mail: viic856003@istruzione.it – PEC: viic856003@pec.istruzione.it
Codice meccanografico VIIC856003 - Codice Fiscale 80016310247
Codice Univoco Ufficio UFVQ35 – Codice IPA istsc_viic856003 – Codice AOO ARIRBTL

Circolare n. 372

Montebello Vicentino, 5 agosto 2024

MASSIMA EVIDENZA

- Ai genitori degli alunni
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria
- Ai docenti
- Al personale Ata

- Sito Istituto

OGGETTO: Richiesta di ingresso anticipato e comunicazione situazioni particolari di salute.

INGRESSO ANTICIPATO A SCUOLA

Come già comunicato in precedenza, è possibile richiedere **l'ingresso anticipato a scuola, a partire dalle ore 7,40 del mattino**, per documentate esigenze di lavoro dei genitori.

La richiesta va presentata su apposito modulo scaricabile dal sito di Istituto – sezione Modulistica – Genitori ([richiesta ingresso anticipato](#)). Il modulo, debitamente compilato e con allegata la documentazione del datore di lavoro di entrambi i genitori, attestante l'orario di inizio dell'attività lavorativa, va consegnato all'Ufficio di Segreteria **dal 22 agosto al 6 settembre 2024 (dalle ore 11,00 alle ore 13,00)**.

L'attivazione del servizio è subordinata alla possibilità di assicurare la presenza di personale da adibire a tale servizio e sono comunque fatte salve eventuali limitazioni dovute alla pandemia.

Va precisato che, per ovvie ragioni connesse all'obbligo di vigilanza, **la richiesta avanzata dai genitori è vincolante per l'intero anno scolastico**, non essendo possibile derogarvi a piacimento.

In particolare, gli alunni della scuola secondaria che beneficiano dell'ingresso anticipato non potranno trattenersi all'esterno delle pertinenze della scuola, in attesa del suono della campanella di ingresso.

Eventuali inosservanze daranno luogo a revoca dell'autorizzazione.

SITUAZIONI PARTICOLARI DI SALUTE

Le situazioni particolari di salute (allergie alimentari, allergie da medicinali, altre allergie, diabete, epilessia...), sia già conosciute dalla scuola che nuove, andranno documentate mediante compilazione e consegna dell'apposito modulo reperibile sul sito nella sezione Modulistica ([richiesta somministrazione farmaci](#)) con certificato medico aggiornato, da presentare in Segreteria **dal 22 agosto al 6 settembre 2024 (dalle ore 11,00 alle ore 13,00)**.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Avv. Gigliola Tadiello
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2, D.Lgs. n.39/1993

In allegato:

- Richiesta autorizzazione ingresso anticipato a scuola
- Richiesta somministrazione farmaci

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI MONTEBELLO VICENTINO

OGGETTO: Richiesta autorizzazione ingresso anticipato a scuola - validità annuale

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno
_____ frequentante classe _____ sez. ____ della Scuola dell'Infanzia
/ Primaria / Secondaria di 1^ Grado di _____

chiede

di voler accordare per l'a.s. 2024-25 _I_ proprio/a figlio/a l'autorizzazione ad entrare a scuola alle ore _____
(non prima delle h. 7,40) di tutti i giorni per i seguenti motivi:

Allega, per entrambi i genitori, la documentazione rilasciata dal datore di lavoro.

1. _____
2. _____

Data, _____

Firma _____

N.B. Chi è interessato all'ingresso anticipato del figlio a scuola (in orario antecedente l'inizio delle lezioni), per motivi che devono essere documentati, consegnerà il presente modulo di richiesta all'Ufficio di Segreteria dal **22 agosto al 6 settembre 2024**.

L'ACCOGLIMENTO DELLA PRESENTE RICHIESTA È SUBORDINATO ALL' ASSEGNAZIONE DI RISORSE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA VIGILANZA.



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MONTEBELLO VICENTINO

Via G. Gentile, 7 - 36054 - MONTEBELLO VIC.NO – (VI)

Tel. 0444/649086 - e-mail: viic856003@istruzione.it – PEC: viic856003@pec.istruzione.it

Codice meccanografico VIIC856003 - Codice Fiscale 80016310247

Codice Univoco Ufficio UFVQ35 – Codice IPA istsc_viic856003 – Codice AOO ARIRBTL

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E
CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA
SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI
FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA
AUTORIZZAZIONE MEDICA,
RILASCIATA in data _____ dal dott. _____**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI
FARMACI PUO' ESSERE EFFETTUATA ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 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 e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SÌ NO

Luogo e data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Cell. _____ ambulatorio _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- *da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;*
- *da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.*

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN
ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI
SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I
FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1[^] dose _____ 2[^]dose _____ 3[^] dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1[^] dose _____ 2[^]dose _____ 3[^] dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Timbro