



**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](mailto:viic856003@istruzione.it) – PEC: [viic856003@pec.istruzione.it](mailto: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](mailto:viic856003@istruzione.it) – PEC: [viic856003@pec.istruzione.it](mailto: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<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>^</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

**ORARIO** 1<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>^</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

Data  
\_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/specialista  
\_\_\_\_\_

Timbro