

Alla Dirigente Scolastica
“IC Mazzini-Castiglione”-Bronte

RICHIESTA DI FREQUENZA DA PARTE DI ALUNNI/E CON PROGNOSI PER INFORTUNIO

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 _____

CHIEDONO

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:

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:

Data: _____

La Dirigente Scolastica