MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "S. FRANCESCO DA PAOLA"
Via Bologna, 86 – 16127 Genova - Tel. 010 2428355
C.F. 80049830104 - Codice Meccanografico GEIC81200X- www.icsfdapaolage.edu.it
E-Mail: geic81200x@istruzione.it PEC: geic81200x@pec.istruzione.it

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA A.S. 26/27

_l_ sottoscritt_ _____

In qualità di padre ☐ ,madre ☐ , tutore ☐ , affidatario ☐

Cellulare: _____ e-mail: _____

_l_ sottoscritt_ _____
In qualità di padre ☐ ,madre ☐ , tutore ☐ , affidatario ☐

Cellulare: _____ e-mail: _____

CHIEDONO

L'iscrizione dell'alunno/a _____
Alla scuola dell'infanzia del plesso di

☐ **INFANZIA "VIA BOLOGNA" - 8:00 – 16:30 (42,50 ore settimanali)**

☐ **INFANZIA "SAN MARINO" - 8:00 – 17:00 (45 ore settimanali)**

☐ **INFANZIA "DON ACCIAI" - 7:40 – 17:00 (46,40 ore settimanali)**

e di avvalersi, sulla base del Piano dell'Offerta Formativa della Scuola, del seguente orario:

☐ **ORARIO ORDINARIO** delle attività educative
☐ **ORARIO RIDOTTO** delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per 25 ore settimanali

Fanno presenti eventuali richieste o segnalazioni o indicazioni particolari:

_____
_____

(N.B. Le eventuali richieste della famiglia sono accettate con riserva)

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, **DICHIARANO CHE**:
L'alunno/a _____,

codice fiscale: _____

È nato/a in data_____a_____Prov._____Nazione: _____

È cittadino ☐ ITALIANO ☐ ALTRA NAZIONALITÀ _____in Italia dal _____

È residente a _____prov. _____

Via/Piazza _____n._____CAP_____

Proviene dal: ☐ nido _____

☐ scuola dell'infanzia_____sez_____

☐ **DICHIARANO** di non aver presentato domanda di iscrizione presso altra Scuola

DATI DELLA FAMIGLIA

Recapiti telefonici: Tel._____Cell._____Cell._____
☐ PADRE ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ MADRE

Altri recapiti telefonici (ufficio, parenti, etc): _____

E-mail:_____ E-mail:_____

La propria famiglia convivente è composta, oltre all'alunno, da:

GRADO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	NATO A	IN DATA	PROVINCIA o Stato Estero

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

N.B. La firma deve essere posta dal genitore o da chi esercità la potestà. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori salvo sentenze del giudice da allegare (cfr. art.155 cod.civ., modificato dalla L. n.54 8/2/2006).

I Genitori degli alunni sono tenuti a segnalare tempestivamente alla segreteria della Scuola ogni eventuale variazione di residenza o di reperibilità ed ogni variazione riguardante l'affido dei propri figli.

Il Sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella persente autocertificazione esclusivamente e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. n.196 del 30.6.2003 e Reg.Min. n.305 del 7.12.2006)

Firma _____ Firma _____

N.B. La firma deve essere posta dal genitore o da chi esercità la potestà. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori salvo sentenze del giudice da allegare (cfr. art.155 cod.civ., modificato dalla L. n.54 8/2/2006).

ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA

Si ricorda che il servizio di ristorazione scolastica è fornito dal COMUNE di GENOVA, che predispone il menu e stabilisce le tariffe, appaltando il servizio a ditte private. È possibile ottenere un regime dietetico particolare, per motivi sanitari (presentando certificazione medica) o dichiarando le proprie motivazioni etiche o religiose all'Ufficio Circoscrizionale del Servizio Ristorazione.
Tutte le informazioni inerenti al servizio si possono trovare all'interno del sito del Comune di Genova: https://www.comune.genova.it/servizi/educazione-e-formazione/richiedere-iscrizione-alla-mensa-scolastica

DATI PERSONALI AGGIUNTIVI

Delibera n.88 del 19/12/2023 del Consiglio di Istituto: Criteri in caso di eccedenza delle domande di iscrizione.

È compito del Dirigente scolastico individuare il numero massimo di iscrizioni accoglibili, in ragione delle risorse di organico, nonché del numero e della capienza delle aule e degli spazi disponibili, pertanto, prima dell'acquisizione delle iscrizioni, nell'ipotesi di richieste in eccedenza, la scuola definisce criteri di precedenza nell'ammissione, mediante delibera del Consiglio di Istituto da rendere pubblica con affissione all'Albo, con pubblicazione sul sito web dell'Istituzione scolastica e, per le iscrizioni online, in apposita sezione del modulo di iscrizione personalizzato dalla scuola.

Nel rispetto dell'autonomia delle istituzioni scolastiche, i criteri di precedenza deliberati dai singoli Consigli di Istituto debbono rispondere a principi di ragionevolezza.

CRITERI ACCOGLIENZA ISCRIZIONI IN ECCEDENZA

È compito del dirigente scolastico individuare il numero massimo di iscrizioni accoglibili, in ragione delle risorse di organico, nonché del numero e della capienza delle aule e degli spazi disponibili. Pertanto, prima dell'acquisizione delle iscrizioni, nell'ipotesi di richieste in eccedenza, la scuola definisce criteri di precedenza nell'ammissione, mediante delibera del Consiglio di istituto da rendere pubblica con affissione all'albo, con pubblicazione sul sito web dell'istituzione scolastica e, per le iscrizioni on line, in apposita sezione del modulo di iscrizione personalizzato dalla scuola.
Nel rispetto dell'autonomia delle istituzioni scolastiche, i criteri di precedenza deliberati dai singoli Consigli di istituto debbono rispondere a principi di ragionevolezza.
La scuola di seconda o terza scelta che accoglie la domanda dovrà trattare con priorità le domande pervenute come prima scelta entro i termini previsti dalla presente.

In caso di eccedenze nelle iscrizioni si passerà ad ammettere gli alunni in ordine a:

- alunni provenienti dalle scuole dello stesso istituto comprensivo
- alunni con disabilità
- presenza di fratelli frequentanti la scuola
- vicinanza della residenza dell'alunno/studente alla scuola anche rispetto allo stradario
- scelta del tempo scuola offerto dall' istituto già contemplato in domanda
- bambini in carico ai servizi sociali
- famiglie monoparentali
- precedente iscrizione al nido
- particolari esigenze su valutazione del DS
- sorteggio

CRITERI ACCOGLIENZA ALUNNI ANTICIPATARI INFANZIA

Il D.P.R 89/2009 dispone i termini per l'accoglienza dei bambini che compiono i tre anni entro il 30 aprile.
Nello specifico l'art.2, c2 lettera C precisa che l'inserimento è possibile previa "disponibilità di locali e dotazioni idonei sotto il profilo dell'agibilità e funzionalità, tali da rispondere alle diverse esigenze dei bambini di età inferiore ai tre anni(…)
La scuola accoglie e inserisce le bambine e i bambini anticipatari nel rispetto dell'art. citato, secondo le seguenti modalità:

- Frequenza solo antimeridiana (senza pasto) per i primi mesi.
- Valutazione del percorso individuale per implementazione graduale del tempo scuola fino al compimento dei tre anni.
- Dopo la verifica della copertura assicurativa, valutare la partecipazione alle uscite didattiche. Qualora fosse possibile la famiglia dovrà presentare specifica richiesta.
- Percorso condiviso in collaborazione scuola-famiglia per il raggiungimento dell'autonomia fisiologica e motoria (per es.: controllo sfinterico, autonomia uso posate, scale…)

_l_ sottoscritt_ _____

In qualità di padre ☐ ,madre ☐ , tutore ☐ , affidatario ☐

_l_ sottoscritt_ _____

In qualità di padre ☐ ,madre ☐ , tutore ☐ , affidatario ☐

dell'Alunno/a _____

DICHIARANO

CHE L'ALUNNO/A:

		SI	NO
1	**è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie**		
2	**è affetto da intolleranze o allergie (in caso affermativo allegare certificato medico)**		
3	**è affidato ad entrambi i genitori (nel caso negativo deve essere allegato atto di affido**		
4	**ha esperienze scolastiche precedenti**		

in riferimento ai seguenti criteri di precedenza per l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia, inoltre

DICHIARANO

CHE L'ALUNNO/A:

		SI	NO
1	**ha l'attestazione di disabilità**		
2	**ha fratelli iscritti in sezioni o classi nello stesso Istituto**		
3	**appartiene ad una famiglia seguita dai servizi sociali**		
4	**ha nel nucleo famigliare convivente una persona con disabilità grave (L. n.104/92)**		
5	**è in affido o in corso di adozione**		
6	**convive con un solo genitore**		
7	**compie 3 anni dal 1° gennaio al 30 aprile**		

DICHIARANO

Di prendere visione del Regolamento Alunni dell'Istituto e del Patto di Corresponsabilità (e sua integrazione) pubblicati sul Sito web della scuola (Sezione PTOF).

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

N.B. La firma deve essere posta dal genitore o da chi esercità la potestà. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori salvo sentenze del giudice da allegare (cfr. art.155 cod.civ., modificato dalla L. n.54 8/2/2006).

CONTRIBUTO DEI GENITORI

Ai genitori di tutti gli alunni iscritti sarà richiesto all'inizio dell'anno scolastico un contributo deliberato dal Consiglio d'Istituto da pagare telematicamente con il sistema PagoPA.
La somma raccolta sarà utilizzata per sottoscrivere la polizza di assicurazione degli alunni e per acquistare materiali utili alle attività didattiche delle sezioni.

SCELTA SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

ALUNNO: _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nelle modalità di applicazione, il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

☐ SCELTA DI AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

☐ SCELTA DI NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

N.B. La firma deve essere posta dal genitore o da chi esercità la potestà. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori salvo sentenze del giudice da allegare (cfr. art.155 cod.civ., modificato dalla L. n.54 8/2/2006).

Art. 9.2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la legge 25 marzo 1985, n.121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929: "La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado. Nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento. All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa da luogo ad alcuna forma di discriminazione".

SCELTE DEGLI ALUNNI CHE NON SI AVVALGONO DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa, avrà effetto per l'intero anno scolastico

☐ ATTIVITA' DIDATTICHE E FORMATIVE CON ASSISTENZA DI PERSONALE DOCENTE

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

N.B. La firma deve essere posta dal genitore o da chi esercità la potestà. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori salvo sentenze del giudice da allegare (cfr. art.155 cod.civ., modificato dalla L. n.54 8/2/2006).
Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

DA COMPILARE E RESTITUIRE FIRMATI

Nome e cognome del compilatore: _____

doc. di identità (tipo, num.) _____

rilasciato da _____,

nel ruolo di _____(specificare: madre/padre/tutore)

dell'alunno/a _____

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DI DOCUMENTI

Il/La sottoscritto/a si impegna prendere visione e a consultare periodicamente i seguenti documenti reperibili sul sito web istituzionale della scuola all'indirizzo https://icsfdapaolage.edu.it/:

- PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa) dell'Istituto IC SF Da Paola;
- Regolamento interno;
- Regolamento di disciplina degli alunni;
- Informativa sul trattamento delle immagini;
- Piano emergenza con informazioni su rischi e sicurezza;
- Regolamento di uso della rete e delle risorse tecnologiche.

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data: ____/_____/_____ Firma _____

SCHEDA PERSONALE SCUOLA DELL'INFANZIA

Per i nuovi iscritti della scuola dell'infanzia

SCHEDA PERSONALE DI _____
NATA/O A _____ IL _____
RESIDENTE A _____
VIA _____
CODICE FISCALE DELL'ALUNNO _____
TEL. ABITAZIONE _____
CELLULARE MAMMA _____
CELLULARE PAPÀ _____
TEL. NONNI _____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI _____

GENITORI

Padre _____
nato a _____ il _____
Professione_____
Madre _____
nato a _____ il _____
Professione_____

FRATELLI

NOME	ETA'	SCUOLA FREQUENTATA

ESPERIENZE SCOLASTICHE PRECEDENTI

_____

EVENTUALI DIFFICOLTÀ PRESENTATE:

Nel sonno	
Nell'alimentazione	
Nell'uso dei servizi igienici	
Nel movimento	
Nel linguaggio	

AUTORIZZAZIONE USCITE NEL TERRITORIO DEL QUARTIERE O AREE LIMITROFE PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO

I sottoscritti _____
e _____
in qualità di in qualità di genitori/tutori legale dell'alunno/a

_____ ,
frequentante la classe:_____ sezione: _____ presso l'Istituto I.C. S.F. Da Paola

AUTORIZZANO

___ ___ propri____figli ___ a partecipare alle uscite didattiche nel territorio del quartiere che hanno l'obiettivo di ampliare l'offerta formativa, permettere osservazioni dell'ambiente o fare attività fisica all'aperto; le stesse si svolgeranno a piedi, senza l'utilizzo di mezzi pubblici e comunque con rientro entro l'orario scolastico.

Le uscite saranno comunque comunicate tramite registro elettronico.

DICHIARANO

- di manlevare la Scuola e il Personale tutto da ogni responsabilità eccedente l'obbligo di vigilanza degli alunni e gli obblighi derivanti alla Scuola dalle norme vigenti (in particolare art.2047 del Codice Civile e art.61 della Legge n.312/1980);
- di assumersi le responsabilità (art. 2048 del Codice Civile) derivanti da inosservanza da parte del proprio figlio delle disposizioni impartite dagli insegnanti medesimi o da cause indipendenti dall'organizzazione scolastica.

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data: ____/_____/_____ Firma _____

PUBBLICAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE MULTIMEDIALE

Il/La sottoscritto/a

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il _____ /_____ /_____
- Residente a: _____
- Via/Piazza: _____
- Telefono: _____
- Email: _____

in qualità di genitore/tutore legale dell'alunno/a
Nome e Cognome del minore: _____
Nato/a a: _____ il _____ /_____ /_____
Frequentante la classe: _____ sezione: _____ presso l'Istituto I.C. S.F. Da Paola

DICHIARA DI ESSERE INFORMATO/A CHE

1. Ai sensi del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)** e del **D.Lgs. 196/2003** come modificato, il trattamento dei dati personali, compresi i dati identificativi come immagini, video e registrazioni vocali, è lecito solo se fondato sul consenso espresso da parte del soggetto interessato, o in caso di minore, dai suoi esercenti la responsabilità genitoriale.

2. I dati raccolti potranno essere utilizzati **esclusivamente per fini istituzionali, didattici, informativi e/o divulgativi** dell'Istituto, quali:

- pubblicazione su siti web istituzionali;
- diffusione su piattaforme digitali scolastiche (es. registro elettronico, portali educativi, e-learning);
- partecipazione a concorsi, progetti, eventi scolastici;
- documentazione di attività scolastiche tramite immagini, video e audio (es. recite, laboratori, gite, manifestazioni, ecc.);
- diffusione tramite social network ufficiali della scuola (se presenti), nel rispetto dei principi di minimizzazione e proporzionalità.

AUTORIZZA

l'I.C. S.F. Da Paola a **registrare, fotografare e/o filmare** il minore indicato e a **pubblicarne immagini, video e/o registrazioni audio** per gli scopi sopra indicati, rinunciando sin d'ora a qualsiasi compenso e/o pretesa economica.

CONFERMA CHE:

Le immagini/video/audio non saranno utilizzati per fini commerciali;
La diffusione avverrà nel rispetto della dignità, decoro e anonimato del minore, evitando ogni forma di pregiudizio;
È sempre possibile **revocare il consenso** in qualsiasi momento, con comunicazione scritta alla Scuola, **senza pregiudicare la liceità del trattamento precedente la revoca.**

Barrare una delle seguenti opzioni:

- □ **AUTORIZZO** la pubblicazione/diffusione delle immagini, video e/o registrazioni audio del minore come sopra sp**ecificato.**
- □ **NON AUTORIZZO** la pubblicazione/diffusione delle immagini, video e/o registrazioni audio del minore.

Data: ____/_____/_____

Firma _____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento: L'Istituzione Scolastica nella persona del Dirigente Scolastico
Responsabile della protezione dei dati(DPO): Avv., Ph.D. Chiara Frangione
Contatti del DPO: tel 050/7620478
mail: DPOePRIVACY@protonmail.com
I dati personali raccolti saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente per le finalità sopra descritte. Il trattamento avverrà con strumenti sia cartacei che elettronici. I dati non saranno trasferiti fuori dallo Spazio Economico Europeo (SEE), né diffusi a soggetti terzi non autorizzati.

DICHIARAZIONE di CONOSCENZA delle NORME di USO del REGISTRO ELETTRONICO

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che l'introduzione del registro elettronico consente di essere informato sui voti, le valutazioni, gli esiti degli scrutini e altre comunicazioni della scuola;

Ne consegue la responsabilità dei genitori di prendere visione periodicamente dei voti e di altre comunicazioni (bacheca del registro elettronico).

Le credenziali di accesso personalizzate verranno inviate per posta elettronica, all'indirizzo e-mail usato per l'iscrizione dell'alunno/a.

Il/La sottoscritto/a si assume l'onere di:

- comunicare eventuali modifiche nel proprio recapito di posta elettronica;
- avvisare il genitore non presente al momento dell'iscrizione della possibilità di richiedere alla segreteria le credenziali di accesso personalizzate al registro elettronico.

Data: ____/_____/_____

Firma del genitore/tutore (firma per esteso) 1 :_____

Firma del genitore/tutore (firma per esteso) 2 :_____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genova, _____ firma: _____

INFORMATIVA SUL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA
Per nuovi iscritti infanzia e primaria

Si rammenta che il servizio è fornito dal COMUNE di GENOVA, che predispone il menù e stabilisce le tariffe, appaltando il servizio ad imprese private.

Il/la sottoscritto/a dichiara che: *(barrare l'opzione scelta)*

- ☐ negli anni scolastici precedenti il/la minore **è già stata/o iscritta/o al servizio di refezione scolastica**. Non è pertanto necessario presentare una nuova domanda di iscrizione al servizio di refezione, ma solo fornire le informazioni aggiuntive che richiederà il personale della segreteria al momento della conferma dell'iscrizione;
- ☐ negli anni scolastici precedenti il/la minore è già stata/o iscritta/o al servizio di refezione scolastica e la famiglia vuole modificare il soggetto impegnato al pagamento. **È necessario presentare** una nuova domanda di iscrizione al servizio di refezione tramite fascicolo del Cittadino con SPID;
- ☐ il/la minore non è mai stato/a iscritto/a al servizio di ristorazione scolastica erogato dal Comune di Genova. **È necessario presentare** una domanda di iscrizione al servizio di refezione tramite fascicolo del Cittadino con SPID.

Data: ____/_____/_____

Firma del genitore/tutore (firma per esteso) 1 :_____

Firma del genitore/tutore (firma per esteso) 2 :_____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genova, _____ firma: _____

PAGAMENTO E AGEVOLAZIONE TARIFFARIA (modulo iscrizione)

Link al servizio di Refezione scolastica del Comune di Genova (clicca qui)

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le tariffe si riferiscono all'anno scolastico in corso e che possono subire variazioni.

La richiesta di agevolazione tariffaria, con l'indicazione dell'ISEE _____ (indicare l'anno corrente), va presentata, di norma, **entro l'inizio dell'attività didattica** presso il Comune di Genova servizio di Refezione Scolastica.

Si avvisa che:

- le richieste di agevolazione tariffaria devono essere inviate alla seguente mail risttariffe@comune.genova.it;
- nella stessa comunicazione possono essere elencati tutti i minori appartenenti allo stesso nucleo familiare che fruiscono del servizio di ristorazione, anche se iscritti in altre istituzioni scolastiche autonome (ISA) oppure in scuole di diverso ordine e grado (nido, infanzia, primaria, sec. I grado);
- **le domande presentate nei tempi previsti hanno validità per l'intero anno scolastico**,
- se ci sono variazioni (come modifica del nucleo familiare o subentro nel corso dell'anno di disoccupazione in nuclei monoreddito o sopravvenuta disoccupazione, cassa integrazione o altro ammortizzatore sociale in nuclei plurireddito) è necessario allegare copia del modello ISEE;
- le domande di agevolazione, presentate dopo la scadenza dell'ISEE rilasciato nell'anno in corso, dovranno essere corredate da ISEE rilasciato nell'anno successivo; la tariffa sarà calcolata con l'agevolazione a partire dal bollettino successivo alla data di presentazione della domanda stessa. **Il mod. ISEE è ottenibile presso i CAAF**;
- per maggiori informazioni le famiglie possono utilizzare il numero verde 800–445325 (attivo da lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 13,00) e/o l'e-mail risttariffe@comune.genova.it
- l'Ufficio Gestione Tariffe **riceve il pubblico** in Via di Francia 3, V piano, sala 27, nei giorni di mercoledì e giovedì dalle ore 9:00 alle ore 12:00; telefono 800445325.

Data: _____/_____/_____

Firma del genitore/tutore (firma per esteso) 1 :_____

Firma del genitore/tutore (firma per esteso) 2 :_____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genova, _____ firma: _____

Diete speciali

Per ottenere un regime dietetico particolare per motivi sanitari, si deve presentare on line al seguente link: Richiesta diete speciali | Comune di Genova

Controlli

Per i controlli sulla qualità della ristorazione è prevista anche una Commissione Mensa composta da docenti e genitori disponibili. Il funzionamento della mensa è disciplinato da apposito Regolamento reperibile sul sito dell'Istituto.

LA DOCUMENTAZIONE DELLE PAGINE SEGUENTI FA RIFERIMENTO AGLI ALUNNI CHE NECESSITANO, A VARIO TITOLO, DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI.

ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ /_____ /_____

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data: _____/_____/_____

Timbro e firma del medico (o struttura accreditata) _____

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data: _____/_____/_____

Timbro e firma del dirigente scolastico _____

PIANO TERAPEUTICO

L'alunna/o (Cognome) _____

(Nome) _____

Trattasi di farmaco: ☐ salvavita oppure ☐ indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione:

_____

_____

Modalità di somministrazione:

_____

_____

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco:

_____

_____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia:

_____

_____

Modalità di conservazione:

_____

_____

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco):

_____

_____

_____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì □ No

Altre indicazioni:

_____

_____

_____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL:

_____

_____

_____

Data _____/_____ /_____

Timbro e firma del medico _____

ATTESTAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI
GENITORI/ESERCENTI RESPONSABILITÀ GENITORIALE IN AMBITO SCOLASTICO

Al dirigente scolastico

dell'Istituto IC San Francesco da Paola- Genova

Il sottoscritto _____,

nato a _____ (_____), il _____,

residente a _____ (_____),

indirizzo:_____

• la sottoscritta _____,

nata a _____ (_____), il _____,

residente a _____ (_____),

indirizzo: _____

nella qualità di genitori (o soggetto che esercita la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

_____

nato/a il _____a (Luogo di nascita) _____

e frequentante nell'anno scolastico _____

la classe (☐ d'infanzia/☐primaria/☐ secondaria I grado) _____ sezione _____

della scuola _____

CHIEDE/ONO

la somministrazione alla/o stessa/o di terapia farmacologica di continuità terapeutica/salvavita in ambito scolastico, come da Attestazione medica e Piano Terapeutico allegati rilasciati dal medico

dott. _____ in data _____ /_____ /_____

AUTORIZZA/ANO contestualmente:

☐ il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico consapevole che tale procedura viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;

☐ che mio/a o nostro/nostra figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Sarà mia/nostra cura provvedere a:

-fornire l'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato;

-rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente;

-documentare adeguatamente al dirigente scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

medico curante _____,

genitori/ esercente la responsabilità genitoriale _____.

Privacy policy

Con la presente clausola i genitori/esercenti responsabilità genitoriale autorizzano, strettamente per le finalità riportate del documento, il trattamento dei dati personali

Luogo e Data, _____

Privacy policy

Firma del/i genitore/i - esercente la responsabilità genitoriale _____

Con la presente clausola l'IC San Francesco da Paola di Genova dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data, _____

Firma del Dirigente Scolastico _____

Note: La richiesta/autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico indicato, e viene rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. Dopo la presentazione del documento, viene fissato, qualora ritenuto necessario dal dirigente scolastico, un incontro in presenza o da remoto con il personale docente e non della classe interessata, cercando di coinvolgere il numero maggiore di operatori e la presenza dei genitori. Viene stilato un verbale dell'incontro firmato dai presenti. Se necessario viene coinvolto un medico a cui spetta il compito di esporre, se necessario, chiarire o approfondire le procedure di somministrazione rispondendo ad eventuali dubbi e quesiti.

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Alla famiglia dell'alunno/a _____

Al personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli insegnanti della classe _____ sezione___

Al fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Il sottoscritto Dirigente Scolastico

dell'IC San Francesco da Paola- Genova

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne) _____,
  iscritto/a _____,
  plesso _____ alla classe _____ sez. _____
  dell'Istituto _____,
  sito in via _____, località _____;

- Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal medico dott. _____
  in data _____ /_____ /_____, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome del principio attivo e nome commerciale) _____
  da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (indicare se salvavita o indispensabile):

Farmaco (nome commerciale, principio attivo)	**Tipologia (salvavita o indispensabile)**

Per la somministrazione di farmaco indispensabile, constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

-Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione

DISPONE

• che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato o ad un docente della classe frequentata dall'alunno/a e che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni nel Piano Terapeutico allegato, nel seguente locale: _____

• che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

• che vengano assunte le appropriate iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): _____;

• che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico/parenti indicati dalla famiglia/operatori associazioni, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal dirigente scolastico in accordo con la famiglia:

COGNOME e NOME	**Tipo di personale**	**FIRMA (leggibile)**	**Data dell'Attestato di formazione rilasciato**

Firma del Dirigente Scolastico _____

Il sottoscritto genitore o esercente la responsabilità genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,

Viste le determinazioni assunte dal dirigente scolastico con la presente:

☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Data ___ /___ /_____

Firma del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale o dello studente (se maggiorenne)

_____

ATTESTATO DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data _____ alle ore _____,

la/il sig./sig.ra _____,

(barrare la voce che corrisponde)

□ genitore dell'alunno/a_____ (oppure)

□ esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno _____

Consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____

un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i: _____
da somministrare all'alunno/a _____

come da attestazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria,

rilasciata in data ___ /___ /_____ dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria dell'ASL_____;

☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____;

☐ medico di medicina generale dott. _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di Intervento Personalizzato, nel seguente luogo: _____ con le seguenti modalità (indicare anche la procedura durante le uscite didattiche e i viaggi d'istruzione):

_____
_____
_____
_____

Il genitore/ l'esercente la responsabilità genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data___/___/_____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale/dello studente _____