



ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "LUIGI DELL'ERBA"

*Chimica e Materiali - Biotecnologie Ambientali - Biotecnologie Sanitarie
Informatica - Produzioni e Trasformazioni*



Via della Resistenza, 40 – 70013 Castellana Grotte (BA)

Tel./Fax 0804965144 - 0804967614

Codice Meccanografico BATF04000T - C.F. 80005020724 - Cod. Un. Ufficio:UF41EH

E-mail: batf04000t@istruzione.it - Pec: batf04000t@pec.istruzione.it - Sito Internet: www.itiscastellanagrotte.gov.it

Circolare n. 615

Prot. n. 3753/B.3.d

Castellana Grotte, 12 aprile 2017

Ai genitori degli studenti delle Classi Terze e Quarte
Agli studenti delle Classi Terze e Quarte
Ai docenti Tutor dell'ASL delle classi Terze e Quarte
Al Team dell'Alternanza Scuola Lavoro
Al D.S.G.A.
al sito web

Oggetto: Sorveglianza Sanitaria degli studenti impegnati nei Percorsi di Alternanza Scuola Lavoro. Visita medica da parte del medico competente della Scuola.

In base alle linee guida per l'Alternanza Scuola Lavoro pubblicate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ed a quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lett. a) del decreto legislativo n.81/2008, gli studenti impegnati nei Percorsi di Alternanza Scuola Lavoro sono sottoposti alle disposizioni normative sulla salute e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, anche nei contesti esterni all'Istituto scolastico, nei quali si svolge l'esperienza di scuola lavoro.

In ottemperanza alla sopra richiamate disposizioni normative, **il Medico Competente di questo Istituto Scolastico effettuerà le visite mediche a tutti gli studenti delle Classi Terze e Quarte impegnati nei percorsi di Alternanza Scuola Lavoro.**

Ogni studente dovrà versare per la predetta visita medica entro e non oltre il giorno 20 aprile la quota di €. 10,00 con bollettino sul conto corrente postale n. 14215701 intestato a "I.T.T. Luigi Dell'Erba - Servizio Cassa", avendo cura di indicare sullo stesso bollettino il proprio nome, cognome, la classe di appartenenza e la seguente causale: "Visita Medica".

Una copia precompilata del bollettino postale per il versamento della predetta quota di €. 10,00 è disponibile presso la Segreteria Didattica dell'Istituto.

Si allega alla presente circolare il modello che i genitori di ciascuno studente minorenni dovranno sottoscrivere per **il consenso informato** all'effettuazione della visita medica.

Il predetto modello **dovrà essere sottoscritto dall'esercente la potestà genitoriale** e consegnato al Docente Tutor dell'ASL della Classe dello studente **entro il giorno 20 aprile**.

I Docenti Tutor raccoglieranno i modelli di consenso sottoscritti e li consegneranno nella Segreteria Didattica.

Seguirà una successiva circolare con la calendarizzazione delle visite mediche stabilita dal Medico Competente della Scuola.

La presente è notificata agli studenti, alle famiglie, ai docenti e al personale in indirizzo mediante pubblicazione sul sito web della scuola.

La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Teresa Turi

firma autografa omessa ai sensi dell'art.3, D.Lgs. n° 39/1993 l'originale è agli atti dell'ufficio

Consenso informato dello studente da sottoporre a visita medica preventiva nell'ambito del progetto alternanza scuola-lavoro

-Ai sensi e per gli effetti del D.Leg.81/08 i sottoscritti

_____ (padre)

_____ (madre)

genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

dichiarano e riconoscono quanto segue:

- abbiamo preso visione integrale di quanto riportato dal Medico Competente nella Cartella Sanitaria e di Rischio a noi intestata e che abbiamo sottoscritto in data odierna;
- siamo stati informati dal Medico Competente sul significato della sorveglianza Sanitaria ai sensi del D.Leg.81/08
- ci impegniamo a trasmettere al Medico Competente tutte le informazioni relative al nostro stato di salute attuale e/o pregresse
- riceveremo copia del giudizio d'idoneità per lo svolgimento del progetto alternanza scuola-lavoro " con scadenza triennale ed eventuali prescrizioni mediche da osservare
- accettiamo il trattamento dei nostri dati personali ai sensi del D.Lgs 193/2003 (protezione dei dati personali)
- qualora dovessero mutare le nostre condizioni di salute ci impegniamo a darne comunicazione immediata al Medico Competente tramite il Dirigente Scolastico

firma dei genitori _____ firma dello studente _____

I sottoscritti e,

genitori dell'alunno/a.....

Dichiarano di aver preso visione della comunicazione della circolare n. 615 del 12/04/2017

e di autorizzare il proprio figlio/a a sottoporsi a visita medica

Luogo e data

firma dei genitori _____ firma dello studente _____
