



Istituto di Istruzione Secondaria Superiore "Luigi DELL'ERBA"



Liceo Scientifico – Istituto Tecnico Tecnologico
Articolazioni: Chimica e Materiali – Biotecnologie Ambientali - Biotecnologie Sanitarie
Informatica

Codice fiscale: 93500960724 - Codice IPA: UFT5CL

PEO: BAIS07900L@ISTRUZIONE.IT – PEC: BAIS07900L@PEC.ISTRUZIONE.IT – Sito web: www.luigidellerba.edu.it

Sede staccata: Viale Dante, 26

Via della Resistenza, 40 – 70013 Castellana Grotte (BA) - 0804965144 – 0804967614

Circolare n. 265

Alle Studentesse, agli Studenti
delle classi: 3Ac, 3Bc, 3As, 3Ai, 3Bi, 3Ci, 3Di, 3Ei, 3AL
Alle Famiglie
Ai docenti Tutor del PCTO delle classi: 3Ac, 3Bc, 3As,
3Ai, 3Bi, 3Ci, 3Di, 3Ei, 3AL
Al Personale Docente
Al DSGA
Al Personale ATA
Al Sito web

Oggetto: Sorveglianza Sanitaria degli studenti impegnati nei Percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento. Visita medica da parte del medico competente della Scuola.

In base alle linee guida per il Percorso per le Competenze Trasversali e l'Orientamento pubblicate dal Ministero dell'Istruzione e del Merito e a quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lett. a) del decreto legislativo n.81/2008 e succ. modifiche, gli studenti impegnati nel PCTO 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 impegnati nei Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento.** Si allega alla presente circolare il modello che i genitori di ciascuno studente minorenni dovranno sottoscrivere quale **autorizzazione e consenso informato** all'effettuazione della visita medica.

Il predetto modello **dovrà essere sottoscritto da entrambi i genitori e consegnato al Docente Tutor PCTO della Classe** dello studente **entro il giorno 26/11/2022**. I Docenti Tutor PCTO raccoglieranno i modelli di consenso sottoscritti e li consegneranno, nella stessa giornata in segreteria didattica alle Sig.re **Vergori e Charrier**.

Tutti gli alunni delle classi terze in indirizzo dovranno sottoporsi alla visita medica con il medico competente della scuola secondo il seguente calendario presso l'infermeria del plesso di via della Resistenza, 40 e presso l'Aula n.5 per la sede di Via Dante 26.

DATA	ORA	CLASSI	SEDE
05.12.2022	09.00	3 [^] Bc	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
05.12.2022	09.48	3 [^] Ei	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
05.12.2022	10.36	3 [^] AL	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
05.12.2022	11.24	3 [^] Ac	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
05.12.2022	12.12	3As	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
07.12.2022	09.00	3 [^] Ci	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
07.12.2022	10.00	3 [^] Ai	Via Della Resistenza n.40 - Infermeria
07.12.2022	11.00	3 [^] Bi	Via Dante n.26 Aula n.5
07.12.2022	12.00	3 [^] Di	Via Dante n.26 Aula n.5

Le classi saranno accompagnate dai docenti in orario e il cambio docente avverrà presso l'infermeria e aula 5. La presente è notificata ai destinatari in indirizzo mediante pubblicazione sul sito della scuola.



Il Dirigente Scolastico
(prof.ssa Teresa TURI)

Firma autografa omessa ai sensi dell'articolo 3, D. Lgs n. 39/1993 –
l'originale è agli atti dell'ufficio

Autorizzazione e Consenso informato dello studente da sottoporre a visita medica preventiva nell'ambito del "Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento" (ex A.S.L.)

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

(padre/tutore) _____

(madre/tutore) _____

genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

dichiarano e riconoscono quanto segue:

- di impegnarsi a trasmettere al Medico Competente tutte le informazioni relative allo stato di salute attuale e/o pregresso di nostro/a figlio/a;
- di ricevere copia del giudizio d'idoneità per lo svolgimento del progetto PCTO con scadenza triennale ed eventuali prescrizioni mediche da osservare;
- di accettare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 193/2003 e GDPR Regolamento Ue 2016/679 (protezione dei dati personali);
- di impegnarsi, qualora dovessero mutare le condizioni di salute di nostro/a figlio/a, a darne comunicazione immediata al Medico Competente tramite il Dirigente Scolastico;
- **di aver preso visione della comunicazione della circolare n _____ del _____ e di autorizzare il proprio figlio/a a sottoporsi a visita medica.**

Castellana Grotte, _____

Firma di entrambi i genitori/tutori/affidatari

_____(padre/tutore)

_____(madre/tutore)

* qualora la presente dichiarazione venga resa e sottoscritta da uno dei genitori egli dichiara di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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.

Firma genitore

* _____