

CONVITTO NAZIONALE
"Vittorio Emanuele II" DI AREZZO

SCHEMA PERSONALE

Del/la convittore/trice _____ Nato/a il _____ A _____ ()

Residente in _____ () * *Tel. Cell.* _____

Padre: _____, Residente in _____ ()

Tel. Abitazione _____ **Tel Cell.* _____ email _____

Madre: _____, Residente in _____ ()

Tel. Abitazione _____ **Tel Cell.* _____ email _____

Allergie/Intolleranze alimentari
o a farmaci

 SI NO

Specificare _____

Obbligatorio produrre documentazione medica

NB: I campi contrassegnati da * sono obbligatori

AUTORIZZAZIONI/DELEGHE

Dove previsto barrare le opzioni desiderate

I sottoscritto/a _____ padre/madre del/la convittore/trice _____

DELEGA il/la Sig. (*nome cognome indirizzo e num. Telefonico) _____

a prelevare mio/a figlio/a nel rispetto delle regole del convitto

Continua alla pagina successiva

ACCONSENTE a che il/la proprio/a figlio/a a possa

- 1) recarsi alla scuola esterna e rientrare in Convitto senza essere accompagnato/a
- 2) uscire da solo/a nella città di Arezzo, solo se meritevole per lo studio e la condotta, nei giorni e negli orari stabiliti dal regolamento del Convitto. SI NO
L'autorizzazione di cui sopra non si intende valevole per i convittori frequentanti le scuole medie inferiori, i quali, come previsto dal regolamento del Convitto, potranno uscire solo se accompagnati dall'Educatore.
- 3) uscire prelevato dal delegato sopra indicato
- 4) **PER IL FINE SETTIMANA** rientrare da solo/a nella propria famiglia o presso la famiglia (*nome cognome indirizzo e num. Telefonico) _____

alle ore _____ del giorno di Venerdì Sabato

con rientro in convitto alle ore _____ del giorno di Domenica Lunedì alle ore _____
specificare una sola opzione

- 5) **PER I PREFESTIVI INFRASETTIMANALI** rientrare da solo/a al termine dell'attività didattica nella propria famiglia (o presso la famiglia indicata al punto precedente) alle ore _____

per fare rientro in convitto per il pranzo del giorno della ripresa dell'attività didattica o Prima / Dopo cena della sera precedente la ripresa della stessa.
specificare una sola opzione

- 6) **PER I RAPPORTI CON LA SCUOLA** frequentata da mio/mia figlio/a

- **DELEGO** la Direzione a giustificare permessi ed assenze.
Ad autorizzare uscite anticipate, uscite ricreative, visite guidate.
- **AUTORIZZO** l'accesso al registro elettronico scolastico per monitorare le assenze e il rendimento scolastico.

Io/noi sottoscritt _ in relazione a quanto sopra autorizzato, dichiar _____ di assumermi/ci qualsiasi responsabilità per fatti che possano verificarsi a danno del proprio figlio/a e/o per colpa dello stesso, impegnandomi/ci altresì a rispettare gli orari stabiliti dal regolamento e a comunicare sempre in maniera tempestiva qualsiasi variazione **anche temporanea** rispetto a quanto dichiarato in questa scheda personale.

Arezzo li _____

Il Padre

Con osservanza

La Madre

NB: I campi contrassegnati da * sono obbligatori

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

A.S. _____

CONVITTORE/TRICE _____

CODICE FISCALE _____

MEDICO CURANTE _____

Al fine di raccogliere informazioni utili per gestire eventuali situazioni di necessità, si chiede di voler rispondere alle seguenti richieste:

Allergie alimentari _____

Allergie farmacologiche _____

Altri tipi di allergie (graminacee, polvere, insetti o altro) _____

Intolleranze alimentari _____

Altri tipi di intolleranze _____

Patologie pregresse o in atto _____

Terapie farmacologiche praticate (continuative o al bisogno) _____

Quali farmaci di uso comune della categoria antipiretici e antidolorifici usa solitamente _____

Si ricorda inoltre:

- Se il/la convittore/trice è affetto/a da patologie/allergie/intolleranze è necessario consegnare copia dei relativi documenti sanitari.
- I farmaci non da banco potranno essere somministrati solo su indicazione e prescrizione medica.
- Se il/la convittore/trice necessita di dieta particolare allegare certificato medico
- La seguente pagina deve essere compilata (in tutte le sue parti), firmata e timbrata dal medico di famiglia.

Luogo e data

Timbro e Firma del medico

Firma del genitore

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
Scelta del medico e uso dei medicinali

Parte I – DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi: _____

Dati dei genitori (in caso di minori di età): _____

N.B.: in caso sia presente un solo genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

PARTE II – ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io/Noi sottoscritto/a/i _____ dichiaro di:

- essere a conoscenza del Regolamento di disciplina della vita interna del Convitto che nella sezione **EDUCAZIONE ALLA SALUTE E ASSISTENZA MEDICA** recita:

E' garantita assistenza sanitaria da un medico del servizio sanitario nazionale e dal personale infermieristico nella fasce orarie stabilite annualmente dalla direzione.

Per conseguire tale obiettivo, per i convittori/trici residenti fuori dell'ambito di operatività della ASL 8 (provincia di Arezzo), è fatto obbligo di provvedere, entro dieci giorni dall'ingresso in convitto, alla scelta del medico del servizio nazionale convenzionato con la struttura convittuale.

In alternativa, le famiglie dichiareranno che intendono mantenere il proprio medico, impegnandosi, qualora le condizioni mediche lo richiedano, a ritirare il figlio/a per portarlo dal proprio medico oppure ad autorizzare il Convitto a portare il figlio/a da un medico di fiducia, con eventuali spese a carico della famiglia stessa.

In mancanza di tali adempimenti, non potendosi garantire il diritto all'assistenza sanitaria, il convittore/trice dovrà abbandonare il convitto.

La Direzione verrà informata dello stato di salute dei ragazzi dal personale educativo in servizio e ne informerà le famiglie.

E' fatto divieto a tutti i convittori di far uso di medicinali specifici e di conservare gli stessi nei propri armadietti, se non espressamente prescritti dai sanitari e dopo averne informato il servizio infermieristico del convitto.

Per quanto riguarda i medicinali di uso comune (antidolorifici, per mal di testa e simili) i convittori e le convittrici li assumeranno, informati gli educatori e le educatrici, sotto la responsabilità dei genitori che forniranno i propri figli dei prodotti che usano comunemente.

- aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle modalità di scelta del medico e sull'uso di medicinali di uso comune e specifici

Dichiaro inoltre:

- cessare il servizio del medico della propria ASL di appartenenza e di scegliere il medico del servizio nazionale. *(in questo caso deve essere allegato, completo di documento di identità del convittore/trice e dei genitori, copia della revoca del medico rilasciata dall'ASL di appartenenza, Toscana esclusa)*

oppure

- voler mantenere il proprio medico, impegnandomi/ci, qualora le condizioni mediche lo richiedano, a ritirare il figlio/a per portarlo dal proprio medico oppure ad autorizzare il Convitto a portare il figlio/a da un medico di fiducia, con eventuali spese a carico della famiglia stessa..

Osservazioni: _____

Luogo: _____ Data: _____

Firma/e: _____



**CONSENSO INFORMATO
ATTO SANITARIO SPECIFICO**

Parte I – DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi: _____

Dati dei genitori (in caso di minori di età): _____

N.B.: in caso sia presente un solo genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

PARTE II – DATI SANITARI

Atto sanitario proposto:

Esame tossicologico per la verifica di presenza di eventuali sostanze stupefacenti

Informativa:

dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto.

PARTE III – ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io/noi sottoscritto/a/i _____ dichiaro/iamo:

- di essere a conoscenza del Regolamento di disciplina della vita interna del Convitto, che nella sezione *EDUCAZIONE ALLA SALUTE E ASSISTENZA MEDICA*, recita:

I convittori e le convittrici non possono fare uso di sostanze stupefacenti in base alla Legge 448/2001 art. 52. La permanenza in Convitto è incompatibile con l'uso di tali sostanze. La Direzione, qualora lo ritenga opportuno, può sottoporre a verifiche e accertamenti sanitari, attraverso specifiche analisi, alle quali il convittore e la convittrice, maggiorenne e minorenne, non può sottrarsi, previa sottoscrizione di documento "dichiarazione di consenso informato per atto sanitario specifico". In caso di riscontro positivo, il convittore dovrà seguire, in accordo con la famiglia, un programma psico-terapeutico presso il SERT di competenza territoriale. Se tale provvedimento non dovesse venire accettato o i risultati delle analisi continuassero ad essere positivi, il convittore dovrà abbandonare la struttura.

Il Convittore e la Convittrice che verrà trovato in possesso di sostanze stupefacenti, o qualora ci siano prove certe che ne abbia fatto uso in Convitto, sarà allontanato immediatamente dalla struttura.

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto attraverso l'informativa fornita;

- di **ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Osservazioni: _____

Luogo: _____ Data: _____

Firma/e: _____



ORARIO

ORE	6.45/7.00	Sveglia
“	7:10/7.40	Prima colazione
“	7:50	Uscita per recarsi a Scuola
“	14:10	Pranzo convittori/trici
“	15:00	Inizio studio
“	17:00	Merenda
“	17:30	Termine studio
“	17:30	Proseguimento studio / tempo libero / libera uscita
“	19.00/19:15	rientro in convitto
“	19.20/19:30	cena
“	20:00	Proseguimento studio / tempo libero / attività serali
“	23:00	In camera: riposo notturno

La libera uscita, per i ragazzi e ragazze minorenni ma comunque di età superiore ai 14 anni, debbono essere autorizzate dalle famiglie per iscritto. La Direzione verificherà regolarmente la concessione in relazione alla situazione didattico-disciplinare.

Nelle camerette non sarà consentito per nessun motivo la presenza di apparecchi televisivi né l'uso di stereo hi-fi ad alto volume.

Nei locali del Convitto è assolutamente vigente il divieto di fumare.

Eventuali assenze dal Convitto dovranno essere comunicate con assoluta tempestività onde consentire un assiduo controllo dei Sigg. Convittori.

La presente comunicazione, che si invia in duplice copia dovrà essere controfirmata dai Sigg. Genitori o dai facenti funzioni e restituita all'atto dell'ingresso in Convitto all'Ufficio Economato.

f.to IL DIRIGENTE SCOLASTICO- Prof. Luciano TAGLIAFERRI

Firma del Genitore (o di chi ne fa le veci)



**CORREDO MINIMO DA CONSEGNARE AL GUARDAROBA ALL'ATTO
DELL'INGRESSO IN CONVITTO**

- | | |
|--------|---|
| N. 1 | Accappatoio o telo da bagno bianchi. |
| N. 3+3 | Asciugamani bianchi ospite e piccoli. |
| N. 4 | Lenzuola bianche (2 piani – 2 con elastici) |
| N. 4 | Federe bianche. |

Tali oggetti di corredo saranno restituiti alle famiglie con il termine dell'anno scolastico.

Con lo stesso numero di matricola dovranno essere contrassegnati tutti gli indumenti personali del convittore, compresi i singoli capi di biancheria intima, al fine di consentire il loro riconoscimento al personale incaricato del servizio di lavanderia e guardaroba.

f.to IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Luciano TAGLIAFERRI

FIRMA PER RICEVUTA DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE

F I R M A

Numero di matricola assegnato:

_____.



Elenco dei documenti da produrre al momento dell'iscrizione al Convitto

- Certificato di sana e robusta costituzione (redatto anche dal medico curante) attestante che non vi sono controindicazioni per la vita comunitaria
- Certificato delle vaccinazioni – è obbligatoria la vaccinazione per Epatite B, è consigliata la vaccinazione per Meningococco
- N. 1 marca da bollo da euro 16.00 (per contratto)
- Certificato di nascita e stato di famiglia. In sostituzione è possibile effettuare un'autocertificazione (Legge n.15 del 04/01/1968) utilizzando l'apposito modello, reperibile presso l'ufficio di segreteria.

f.to Il Rettore / Dirigente Scolastico Luciano Tagliaferri

