MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO STATALE "DEMOCRITO"
CLASSICO e SCIENTIFICO
Viale Prassilla, 79 - 00124 Roma ☎ 06/121123816 – Distretto XXI
e-mail istituzionale: rmps65000q@istruzione.it - PEC: rmps65000q@pec.istruzione.it
indirizzo internet: www.liceodemocrito.edu.it
Cod. Fisc. 97040180586 - Cod. Mecc. RMPS65000Q
Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 - 00124 Roma tel. 06/121125065 Fax 06/67666441

Ai coordinatori e al Personale Docente delle classi terze, quarte, quinte.

Agli studenti e alle studentesse delle classi terze, quarte, quinte.

Alle famiglie delle terze, quarte, quinte.

All'Albo d'Istituto

Al sito web sez. circolari

Circolare n.86

Oggetto: PROGETTO PCTO HEALTH4U FONDAZIONE JOHNSON & JOHNSON

Si comunica alle componenti sopra indicate che è attiva la Convenzione con la Fondazione Johnson & Johnson, relativa al progetto di formazione Health4U.

Obiettivo principale del progetto è quello di favorire lo sviluppo di competenze trasversali per l'orientamento soprattutto in ambito bio-medico e STEM, fornendo maggiore informazione e formazione sulle professioni nel settore dell'healthcare, ponendo attenzione ai temi della salute personale e sulla prevenzione e sviluppando consapevolezza sulle proprie opportunità.

Il percorso prevede 15 moduli in diretta online, con modalità webinar.

Il ciclo di incontri sarà articolato con una cadenza di due moduli al mese, in fascia pomeridiana dalle 15.00 alle 17.00. Per quanto riguarda l'incontro del 20/10/2022 si chiederà all'Ente la possibilità di recuperarlo con altre modalità.

A condurre gli incontri ci sono professionisti del settore medico-scientifico e del mondo della salute.

Gli studenti che aderiranno, dovranno consegnare al coordinatore il PATTO FORMATIVO firmato entro e non oltre le ore 12.00 del 24/10/2022 e inoltrarlo (firmato) al seguente indirizzo di posta elettronica: pctodemocrito@liceodemocrito.it

I coordinatori consegneranno tutto il materiale alla tutor del Progetto, prof.ssa Barbara Mari.

Il link per accedere al progetto verrà comunicato agli studenti in tempo utile.

Di seguito il calendario degli incontri:

CALENDARIO INCONTRI HEALTH4U A.S. 2022/23			
	DATE	**ORARI**	**LEZIONI**
OTTOBRE 2022	**20/10/2022 - mart**	10.00-12.00	**Evento di lancio Health4U**
	26/10/2022 -merc	15.00-17.00	**1.** HIV/AIDS e le altre Malattie Sessualmente Trasmissibili
NOVEMBRE 2022	**10/11/2022 - giov**	15.00-17.00	**2.**Un respiro per la vita: la salute dei nostri polmoni
	29/11/2022 - mart	15.00-17.00	**3.**Conosci il tuo ritmo: il cuore ed i disturbi da fibrillazione atriale - tbc
DICEMBRE 2022	**05/12/2022 - lun**	15.00-17.01	**4.**Le dipendenze patologiche
	15/12/2022 -giov	15.00-17.00	**5**. Guardiamo insieme al futuro con occhi diversi: il mercato delle lenti a contatto in Italia
GENNAIO 2023	**11/01/2023 - merc**	15.00-17.00	**6.**Talent Acqusition Day - dal colloquio all'assunzione
	23/01/2023 - lun	15.00-17.00	**7.**Lo stabilimento Janssen di Latina: il ciclo e la produzione dei Farmaci
FEBBRAIO 2023	**07/02/2023 - mart**	15.00-17.00	**8.**La depressione non si sconfigge a parole: un viaggio nella salute della nostra mente
	23/02/2023 - giov	15.00-17.00	**9.**La trasformazione digitale del mondo della Salute
MARZO 2023	**07/03/2023 - mart**	15.00- 17.00	**10.** Medicina e Traumi dello sport
	20/03/2023 - lun	15.00-17.00	**11.** Never give up – I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
APRILE 2023	**12/04/2023 - merc**	15.00-17.00	**12.** Cultura della promozione della salute: prevenzione, diagnosi e cura nei tumori del seno
	28/04/2023 - ven	15.00-17.00	**13.** Le Dipendenze Patologiche: Alcool e Ludopatie
MAGGIO 2023	**15/05/2023 - lun**	15.00-17.00	**14.** Sclerosi multipla e malattie neurodegenerative
			Sarà scelto uno dei seguenti 3 moduli:
	25/05/2023 - giov	15.00-17.00	*15. Diventare un infermiere: percorsi e testimonianze*
			15. Quando la Malattia Mentale arriva in Famiglia: conoscere per comprendere
			15. Killer silenziosi - Tumori Gastrointestinali

Roma,21/10/2022

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Angela Gadaleta

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 co. 2 D. lgs n. 39/93

Ministero dell'Istruzione
LICEO STATALE "DEMOCRITO"
SCIENTIFICO - CLASSICO
00124 ROMA (RM) - VIALE PRASSILLA ,79 - C.F. 97040180586 - C.M. RMPS65000Q
Tel. 06121123816 – e.mail: rmps65000q@istruzione.it - RMPS65000Q@PEC.ISTRUZIONE.IT – sito: www.liceodemocrito.edu.it
Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 – 00124 Roma – Tel. 06121125065

PATTO FORMATIVO STUDENTE
MODULO DI ADESIONE AI PERCORSI PCTO

Il/a sottoscritto/a…… nato/a…… il……residente a……in via/piazza…….. frequentante la classe ……sez…… in procinto di frequentare un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (di seguito denominate PCTO) proposto dalla Fondazione Johnson & Johnson dal titolo **Health 4U**, nel periodo dal 20/10/2022 al 25/05/2023 presso la struttura ospitante in modalità webinar.

DICHIARA

- di essere a conoscenza che le attività che andrà a svolgere costituiscono parte integrante del percorso formativo;
- di essere a conoscenza che la partecipazione al progetto di PCTO non comporta alcun legame diretto tra il/la sottoscritto/a e la struttura ospitante in questione e che ogni rapporto con la struttura ospitante stessa cesserà al termine di questo periodo;
- di essere a conoscenza delle norme comportamentali previste dal C.C.N.L., le norme antinfortunistiche e quelle in materia di privacy;
- di essere stato informato dal Tutor formativo esterno in merito ai rischi aziendali in materia di sicurezza sul lavoro, di cui al D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni;
- di essere consapevole che durante i periodi trascorsi nei PCTO è soggetto/a alle norme stabilite nel regolamento degli studenti dell'istituzione scolastica di appartenenza, nonché alle regole di comportamento, funzionali e organizzative della struttura ospitante;
- di essere a conoscenza che, nel caso si dovessero verificare episodi di particolare gravità, in accordo con la struttura ospitante si procederà in qualsiasi momento alla sospensione dell'esperienza di PCTO;
- di essere a conoscenza che nessun compenso o indennizzo di qualsiasi natura gli è dovuto in conseguenza della sua partecipazione al programma di PCTO;
- di essere a conoscenza che detta esperienza non comporta impegno di assunzione presente o futuro da parte della struttura ospitante;
- di essere a conoscenza delle coperture assicurative sia per i trasferimenti alla sede di svolgimento delle attività di PCTO che per la permanenza nella struttura ospitante.

SI IMPEGNA

- a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dalla struttura ospitante per lo svolgimento delle attività di PCTO;
- a seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza o evenienza;

- ad avvisare tempestivamente sia la struttura ospitante che l'istituzione scolastica se impossibilitato a recarsi nel luogo del tirocinio;
- a presentare idonea certificazione in caso di malattia;
- a tenere un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verrà a contatto presso la struttura ospitante;
- a completare in tutte le sue parti, l'apposito registro di presenza presso la struttura ospitante;
- a comunicare tempestivamente e preventivamente al coordinatore del corso eventuali trasferte al di fuori della sede di svolgimento delle attività di PCTO per fiere, visite presso altre strutture del gruppo della struttura ospitante ecc.;
- a raggiungere autonomamente la sede del soggetto ospitante in cui si svolgerà attività di PCTO;
- ad adottare per tutta la durata delle attività di alternanza le norme comportamentali previste dal C.C.N.L., ad osservare gli orari e i regolamenti interni dell'azienda, le norme antinfortunistiche, sulla sicurezza e quelle in materia di privacy.

Data

Firma studente .....

I sottoscritti ..... soggetti esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno minore ..... dichiara di avere preso visione di quanto riportato nella presente nota e e di autorizzare lo/la studente/ssa ..... a partecipare alle attività previste dal progetto.
In Roma, ...

Gli esercenti la responsabilità genitoriale

Firma Firma .....

OPPURE

Il/la sottoscritto/sottoscritta.....soggetto esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno minore ..... dichiara di avere preso visione di quanto riportato nella presente nota e di autorizzare lo/la studente/ssa ..... a partecipare alle attività previste dal progetto-
Dichiara, altresì, di essere stato delegato/a da.....soggetto coesercente la responsabilità genitoriale sull'alunno indicato a sottoscrivere anche per suo conto l'autorizzazione in argomento.

In Roma,.....

Il soggetto esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno minore.....anche per il coesercente la responsabilità genitoriale .....

Firma.....