

OGGETTO: comunicazione di patologia – alunni fragili. (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti : _____
(madre)

(padre)

genitori dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____

frequentante la classe/sezione _____ anno scolastico 2021/2022:

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Sec.1°grado

nel plesso _____ ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio\,a, come da **certificato del proprio Pediatra di Libera Scelta (PLS) /Medico di Medicina Generale (MMG)** allegato, vadano attivate le seguenti misure:

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.
Per qualsiasi comunicazione con la famiglia, i sottoscritti indicano di contattare il seguente numero telefonico: _____ .

Si allega alla presente la sottoindicata documentazione :

- 1) Certificato medico rilasciato dal PLS/MMG Dott/Dott.ssa _____
iscritta all'Ordine dei Medici col numero ____ ;
- 2) Documento di identità di entrambe i genitori:
1) _____ ; 2) _____

I sottoscritti autorizzano il trattamento dei dati personali comunicati con il presente modulo al fine della tutela della salute del proprio figlio/a ai sensi del Regolamento Ue n. 679/2016 (cd. GDPR). I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'applicazione di tale Protocollo del MI del 6 agosto 2020.

Firma di entrambi i genitori

NUORO, _____

1) _____

2) _____