

RISERVATO

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti _____ (madre/tutore)

_____ (padre/tutore)

genitori dell'alunna/o _____

frequentante la classe: _____ anno scolastico 2020/2021 della scuola _____ di questa Istituzione Scolastica, segnalano, a tutela della salute del proprio figlio/a, come da **certificato del proprio medico curante/pediatra** allegato, la seguente patologia:

.....
.....
.....

Pertanto, vanno attivate le seguenti misure, così come da certificazione medica allegata:

.....
.....
.....

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione. Per qualsiasi ulteriore informazione contattare il seguente numero telefonico _____

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 Ministero dell'Istruzione del 6 agosto 2020.

Data

firma di entrambi i genitori

