

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

- della Scuola dell'Infanzia

- della Scuola Primaria

- della S.S.I.G

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 entrambi i genitori.

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

Aprilia, _____

