

RISERVATO

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_ (madre/tutore)

\_\_\_\_\_ (padre/tutore)

genitori dell'alunna/o \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ anno scolastico 2020-21 della scuola primaria/infanzia (cancellare le voci che non interessano) 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, vadano attivate le seguenti misure:

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

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 MI del 6 agosto 2020

Data

firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_