RISERVATO Al Dirigente Scolastico

ICS “L. Settembrini” di Gioia Sannitica (CE)

Mail: [ceic813005@istruzione.it](mailto:ceic813005@istruzione.it) PEC: [ceic813005@pec.istruzione.it](mailto:ceic813005@pec.istruzione.it)

**Oggetto: comunicazione alunni fragili**

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

genitori dell’/la alunna/o

frequentante nell’a.s. 2022/23 la classe/sezione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questa Istituzione Scolastica, segnalano, a tutela della salute del proprio figlio\a, come da **allegato** **certificato del proprio medico curante /pediatra**, la seguente condizione di fragilità:

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

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

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

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

Il medico curante/pediatra, **come da attestazione allegata**, ritiene vadano attivate le seguenti misure di protezione durante la presenza a scuola:

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

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

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

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione. Per qualsiasi ulteriore informazione si fornisce il numero telefonico del medico curante/pediatra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 SARS-Cov-2. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell’applicazione del Vademecum COVID AS 2022/2023 del Ministero dell’Istruzione.

Data firma di entrambi i genitori

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

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