

**RISERVATO**

Al Dirigente Scolastico  
IC FOLIGNO 5

I sottoscritti

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

Genitori/tutori dell'alunna/o \_\_\_\_\_

frequentante nell'anno scolastico 2020-21 la classe \_\_\_\_\_ 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 MI del 14 agosto 2021.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori/tutori

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_