

RISERVATO

Al Dirigente Scolastico
IC FOLIGNO 5

I sottoscritti

(1) _____

(2) _____

genitori 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 allegato certificato del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale, in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione territoriale, la condizione di **alunno/a immunodepresso o con patologie gravi**.

Pertanto, chiedono che il proprio/a figlio/a possa beneficiare di **forme di DDI (didattica digitale integrata), 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 6 agosto 2020.

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori

(1) _____

(2) _____