**Allegato A**

 **Al Dirigente Scolastico**

**dell’IC di Serrastretta**

**OGGETTO**: **Comunicazione di patologia – alunni fragili COVID-19. (CONTIENE DATI SENSIBILI)**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre)

genitori dell’alunno/a nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_ nell’anno scolastico ………-……..

**segnalano**

che, a tutela della salute del proprio figlio\a rispetto al rischio COVID-19, come da **certificato del proprio Pediatra di Libera Scelta (PLS) /Medico di Medicina Generale (MMG)** allegato, vadano attivate le seguenti misure:

1. Mascherina chirurgica
2. Mascherina FFP2
3. Visiera di protezione
4. Distanziamento sociale **ם** in classe ם a mensa

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento di identità di entrambe i genitori solo in caso di coniugi separati

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

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

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

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