****

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “FRANCESCO MUTTONI” di SAREGO**

Via Damiano Chiesa, 5 – 36040 Meledo di Sarego (VI)-Tel. 0444-820813/820589

Sito web: <http://www.icmuttonisarego.edu.it> e-mail: [viic813005@istruzione.it](mailto:viic813005@istruzione.it)

P.E.C.: viic813005@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: VIIC813005 - Codice Fiscale: 80016850242 – Cod. I.P.A.: UFWLUL

**MODULO COMUNICAZIONE SITUAZIONI DI FRAGILITÀ ALUNNO**

ALLA CORTESE ATTENZIONE

DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante il Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la classe: \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_, anno scolastico 2020/2021.

**trasmette**

la seguente documentazione in relazione alla situazione di fragilità del proprio figlio/a (allegare certificato medico/anamnestico a firma del Pediatra di Libera Scelta/Medico Curante/Medico Specialista), con la consapevolezza che il Dirigente Scolastico valuterà le segnalazioni pervenute ed i certificati allegati in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione territoriale, il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale per mettere in atto le conseguenti misure di tutela.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione inerente la presente dichiarazione.

Per qualsiasi informazione mette a disposizione i seguenti contatti telefonici: Genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pediatra di Libera Scelta/ Medico Curante/ Medico Specialista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con l’invio della presente comunicazione autorizzo al trattamento dei mei dati personali ai sensi del Reg. Ue 2016/679, sotto supervisione Dirigente Scolastico, per le specifiche finalità relative alle misure di contrasto e contenimento dell’emergenza COVID-19 in corso.**

DATA E LUOGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Genitore (o Titolare della Responsabilità Genitoriale)

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