|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\UTENTE\Desktop\ANNOSCOLA 18.19\logo nuovo.JPG | **Ministero dell’Istruzione**  **UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA**  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “L.Docimo”**  Viale Italia ,103 - 87040  **ROSE (CS)**  Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L  Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 -  E-Mail: [csic80900L@istruzione.it](mailto:csic80900L@istruzione.it)  Pec csic80900L@pec.istruzione.it  Sito Web: www.istitutocomprensivorose.edu.it |  |

 ALLEGATO 1, Circolare, prot. n. *ro* 2210/2021

**Oggetto:**

**MODULO COMUNICAZIONE STATO** **VACCINALE SARS-CoV-2 & Consenso Privacy**

*completare con i Dati individuali e segnare con la x la dicitura in interesse*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Nome*) (*Cognome*)

in Servizio, presso l’Istituzione scolastica in intestazione, con Incarico, a Tempo **□** Indeterminato/ **□** Determinato, di

**□** Docente/**□** Personale Ata, su Posto-Classe di Concorso/Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’Ordine di Scuola **□**Infanzia/**□**Primaria/**□**Secondaria I II grado, plesso/comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESO VISIONE** della Circolare Dirigenziale, prot. n. *ro* 4566/04-08 del 6 agosto 2021, “*Richiesta Comunicazione volontaria Stato Vaccinale personale da Sars-CoV-2, per l’Avvio in Sicurezza dell’anno scolastico 2021/2022*”, al riguardo, su base del tutto volontaria, nella condivisione del suo fine

**DICHIARO**

sotto la mia personale Responsabilità e consapevole che, eventuali, Dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente, ai sensi delle Disposizioni del D.P.R. n.*ro* 445/2000 e sue successive Modifiche ed Integrazioni, di:

**□ AVERE EFFETTUATO la Vaccinazione**, con Ciclo completato e di **□**ESSERE/**□**NON ESSERE **IN POSSESSO** del **GREEN PASS**.

**□ AVERE EFFETTUATO la Vaccinazione, con Ciclo non completato** e, comunque, di **□**NON ESSERE **IN POSSESSO** del **GREEN PASS**.

**□NON ESSERE VACCINATO/A.**

**□NON INTENDE ADERIRE ALLA VACCINAZIONE, nella piena consapevolezza delle conseguenze di tale decisione per la propria e l’Altrui Salute , nonché delle Norme di Legge**.

Lo/a Stesso/a, con la presente,

**DISPONE**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI** (artt. 13 e 23 D*lvo* n.*ro* 196/2003)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Nome*) (*Cognome*)

come sopra individuato/a ed identificato/a

**AUTORIZZA**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 D*lvo* n.*ro* 196/2003, con la sottoscrizione del presente Modulo, il proprio Consenso al Trattamento dei propri Dati personali, forniti per le Finalità, indicate, nella presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Luogo) (Data)* *(Firma leggibile)*