|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 CSIC80900LTelefono 0984901068 - Fax 0984901068 -E-Mail: csic80900L@istruzione.itPec csic80900L@pec.istruzione.itSito Web: www.istitutocomprensivorose.edu.it |  |

 **ALLEGATO A**

Riferimento Circolare “*Diffusione Campagna Vaccinale…*”, Alunni 12*nni*  prot. n.*ro* 2252 d3l 12 agosto 2021

All’Amministrazione scolastica per Trasmissione all’ASP

SEDE

**MODULO RICHIESTA** **VACCINAZIONE ALUNNI SARS-CoV-2 & Consenso Privacy per Trasmissione Dati**

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

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

 (*Nome*) (*Cognome*)

**□**Padre/**□**Madre/**□**Tutore legale altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*da indicare*)

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*Nome*) (*Cognome*)

frequentante per l’anno scolastico 2021/2022 la Classe, \_\_\_\_, sez. \_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I grado dell’Istituto in intestazione.

**COMUNICA**

**la propria VOLONTA’ di FAR EFFETTUARE la Vaccinazione Covid, al/la proprio/a Figlio/a**.

A tal fine

**DICHIARA**

***ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.ro 445/2000***

i seguenti Dati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Comune Residenza** | **Indirizzo** | **Recapito telefonico** | **Pregressa Positività al Covid** | **Padre** | **Madre** |
|  |  |  |  |  |  |

**PTQSM**

**PRESO VISIONE** della Circolare Dirigenziale, prot. n. *ro* 2552/2021, “*Diffusione Campagna Vaccinale…*”, consapevole che i sopradetti Dati dichiarati devono essere trasmessi, all’ASP, dalla Scuola, nell’esentare questa, da ogni qualsivoglia Responsabilità, con la sottoscrizione del presente Modulo.

**DISPONE**

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

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

 *(Luogo) (Data)* *(Firma leggibile)*, resa nel Principio di Bigenitorialità

|  |
| --- |
| Prot. ricezione n. *ro* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ 04 -08 Rose, 23/VIII/ 2021 |