|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

Prot. n. *ro* 2252/ 04 - 08  Rose, 12/VIII/ 2021

Alle Famiglie degli Alunni, iscritti e frequentanti, a partire dall’anno scolastico 2021/2022, la Scuola Secondaria di I grado dell’Istituto

Al Referente Covid di Istituto, ins. Concettina Longo

Ai Docenti coordinatori di Classe, Scuola Secondaria I grado

Al Direttore sga per gestione degli Uffici

Agli Atti di Istituto con pubblicazione on line per massima Trasparenza e Diffusione

SEDE

**Oggetto: Divulgazione Iniziativa di Avvio Campagna vaccinale scolastica anti-covid 19, Alunni superiori ai dodici (leggasi 12) anni d’età**

**VISTO** ed a seguito **Nota ASP**, riguardo l’Iniziativa, di cui all’oggetto, con Invito, alle Istituzioni scolastiche, di divulgazione massima e collaborazione.

**Il *DIRIGENTE SCOLASTICO***

*pro tempore dell’Istituto scrivente per il ruolo ricoperto e le funzioni riconosciute e rivestite*

**NOTIFICA**

**La Determinazione di Avvio della Campagna Vaccinale, da parte dell’ASP, senza nessun altro dettaglio ad oggi comunicato, ad eccezione dell’intendimento di completamento della Vaccinazione, in interesse entro il 2 settembre 2021**.

**PTQSM**

a Chi interessato, per i propri Figli – iscritti e frequentanti la Scuola Secondaria di I grado dell’I. c. di Rose – si Chiede, ai fini di agevolare, per le ASP, la Definizione del Piano Vaccinale, entro e non oltre il 23 agosto 2021, di far pervenire, eventuale, Richiesta, scritta e firmata, di Adesione alla Campagna di Vaccinazione, indicando, i seguenti Dati, segnalati all’Amministrazione scolastica:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alunno/a** | **Comune Residenza** | **Indirizzo** | **Recapito telefonico** | **Pregressa Positività al Covid SI/NO** | **Padre** | **Madre** | **Autorizzazione Privacy**  **SI/NO** |

Si precisa che l’eventuale **Richiesta di Vaccinazione** Covid, implicitamente, **rende il Consenso al Trattamento Dati Privacy**, **dovendo la Scuola trasmettere i Dati indicati all’ASP, per conto ed in nome della Famiglia, declinando ogni Responsabilità in merito**.

* **Allegato A**\_ **Format Richiesta Adesione Campagna Vaccinale** per il/la proprio/a Figlio/a, sottoscritto dal Genitore o Chi per Lui, in rispetto del Principio di Bigenitorialità, con, contestuale, Autorizzazione al Trattamento Dati Privacy, resa all’Istituzione scolastica.

Il Dirigente scolastico

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

(Prof.*ssa****Concetta Smeriglio***)

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*

*ex art. 3 c.2 D.L.gs n. 39/93 con originale agli Atti dell’Ufficio*