AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC “ALTO CASERTANO”

**CONTIENE DATI SENSIBILI**

I sottoscritti

(madre) ................................................................................................................................................................

(padre) ................................................................................................................................................................

genitori dell’alunn...... ..................................................................................................................................................

frequentante la classe\_\_\_\_scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anno scolastico 2020-2021- di questa Istituzione Scolastica, ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio/a, come da certificato del proprio medico curante /pediatra allegato, vadano attivate le seguenti misure di prevenzione/protezione:

...............................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione. Per qualsiasi informazione contattare il seguente numero telefonico

Data\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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