



ISTITUTO OMNICOMPENSIVO
SAN DEMETRIO CORONE - COSENZA - ITALY
SHKOLLA E BASHKUAR SHEN MITER KORONE

Dirigenza ed Uffici Amministrativi
Via Dante Alighieri n°146 – 87069 San Demetrio Corone (CS)
Drejtimit dhe Fushe Administrative

Uda Dante Alighieri n°146 – 87069 Shen Miter Korone (CS)
Tel. +39 0984 956086 – Fax +39 0984 910723 - Codice Fiscale: 97022490789
Mail PEC Scuola: cspc060008@pec.istruzione.it Mail Liceo: cspc060008@istruzione.it
Mail Comprensivo: csic83200n@istruzione.it - Sito Web: www.iosandemetrio.gov.it
Santa Sofia d'Epiro Tel. 0984957020 - San Giorgio A. Tel. 098386103
Vaccarizzo A. Tel. 098384095 - San Cosmo A. Tel. 098384060



ALLEGATO A, Circolare, prot. n. ro 4600/2021

Oggetto:

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 _____ Padre/Madre
(Nome) (Cognome)

☐ Padre/☐ Madre/☐ Tutore legale altro.....
Padre

dell'alunno/a _____
(Nome) (Cognome)

Frequentante nell'anno scolastico 2021/2022 la Classe, _____, sez. _____

Ordine di Scuola ☐ Secondaria I ☐ II grado, plesso/comune di _____

PRESO VISIONE della Circolare Dirigenziale, prot. n. ro 4566/04-08 del 6 agosto 2021, "Diffusione Campagna Vaccinale...", al riguardo, su base del tutto volontaria, nella condivisione del suo fine

COMUNICA

sotto personale Responsabilità e consapevole che, eventuali, Dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente, ai sensi delle Disposizioni del D.P.R. n.ro 4600/2021

• **VOLONTA' di:**

☐ **FAR EFFETTUARE la Vaccinazione**, con Ciclo completato al/la proprio/a Figlio/a

☐ **NON FAR EFFETTUARE LA VACCINAZIONE** al/la proprio/a Figlio/a

- che il/la proprio/a Figlio/a risulta aver già effettuato la Vaccinazione con il Ciclo completo ed ☐ è ☐ non è in POSSESSO del **GREEN PASS**.

A tal fine

DICHIARA

I seguenti Dati:

Comune Residenza	Indirizzo	Recapito telefonico	Pregressa Positività al Covid	Padre	Madre

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, con Trasmissione ASP.

_____, / / _____
(Luogo) (Data)

Firma Dichiarante _____
(Firma leggibile), resa nel Principio di Bigenitorialità

*** OBBLIGO COMPILAZIONE DA PARTE DI TUTTE LE FAMIGLIE**

