

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Carlo Alberto Dalla Chiesa"  
[rmic82900g@istruzione.it](mailto:rmic82900g@istruzione.it)

**Oggetto: comunicazione patologia alunni fragili a.s. 2020/2021 - CONTIENE DATI SENSIBILI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ (madre)

\_\_\_\_\_ (padre)

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_ della scuola dell'infanzia/scuola primaria/scuola secondaria di I grado, ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio/a figlio/a, come da **certificato del proprio medico curante/pediatra allegato**, vadano attivate le seguenti misure:

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

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Per qualsiasi informazione contattare i seguenti numeri telefonici \_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup>In caso di firma di un solo genitore, compilare anche la sezione sottostante.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale dell'alunno \_\_\_\_\_ dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 c.1, Art. 337- ter c. 3 e Art. 337-quater c. 3 del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma

\_\_\_\_\_