

	MS 20/C	Modulistica Studenti: <b>COMUNICAZIONE PATOLOGIA</b>	Revisione:
			Data: 13/01/2020
			Pagina 1 di 1
			DS: originale firmato

**COMUNICAZIONE PATOLOGIA**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla certificazione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**DELL'I.I.S. LEVI-PONTI**  
**MIRANO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ di codesto Istituto

COMUNICANO che è affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

SI

NO

Li, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

**PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE** \_\_\_\_\_

**MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE** \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici utili**

**Madre O RESPONSABILE GENITORIALE**

cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

**Padre O RESPONSABILE GENITORIALE**

cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_