Immagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamente

**Al Dirigente Scolastico**

**per il tramite del docente Coordinatore di classe**

*Oggetto: VERIFICA DELLA CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19 DEGLI ALUNNI*

I sottoscritti genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ Sec. I grado del plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai fini dell’eventuale permanenza in classe con mascherina FFP2 nel caso in cui si verifichi una situazione di doppia positività nella medesima classe

**VISTO IL DL n. 221/2021, DL n. 229/2021, Circolare Ministero Salute n. 60136 del 30 dicembre 2021,**

**VISTO IL DL n. 1 del 07.01.2022, Nota Ministeriale n. 11 dell’08.01.2022**

**VISTA** la nota Miur n.14 del 10/1/2022

**VISTO** il Regolamento (UE) 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, “Regolamento generale sulla protezione dei dati” (di seguito “Regolamento”);

**VISTO** il Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Regolamento (UE) 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 (d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di seguito “Codice”);

**VISTO** il Provvedimento del 13 dicembre 2021

**DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che il proprio figlio/a

🞏 non ha ancora effettuato il vaccino

🞏 ha concluso il ciclo vaccinale primario

🞏 è guarito da meno di 120 giorni

🞏 ha effettuato la dose di richiamo

Si allega alla presente copia del GREEN PASS o altra idonea certificazione riportante la data dell’ultima somministrazione vaccinale o di avvenuta guarigione.

Autorizzano al trattamento di questi dati per la sola circostanza e per la sola finalità descritta nelle premesse.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_