**MODULO COMUNICAZIONE PATOLOGIA ALUNNI FRAGILI**

**contiene dati sensibili**

**Al Dirigente Scolastico dell’ITTS “Belluzzi - da Vinci”**

**Oggetto: Comunicazione patologia alunno/a fragile**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*madre*)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*esercente responsabilità genitoriale*)

genitori/esercente la responsabilità genitoriale dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante nell’anno scolastico 2020/2021 la classe \_\_\_\_\_\_\_, ritengono di dover segnalare, a tutela della salute del/la proprio/a figlio/a, che egli/ella presenta le seguenti fragilità rispetto alle quali chiedono l’applicazione delle misure indicate, come da certificato medico **del proprio medico curante / pediatra** allegato:

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

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Rimini, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma di entrambi i genitori*

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

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

*Firma dell’esercente la responsabilità genitoriale*

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