****

**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

AMBITO TERRITORIALE PER LA PROVINCIA DI ROMA

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “GIORGI – WOOLF” Viale P. Togliatti, 1161 - 00155 Roma 06121127300 - 06121127301 - Distretto XV - C.F. 97977620588 \* Indirizzo di PEC: RMIS121002@PEC.istruzione.it - \* E-mail istituzionale: RMIS121002@istruzione.it https://www.iisgiorgiwoolf.edu.it

Oggetto: comunicazione patologia – alunni fragili (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_(madre)

\_\_(padre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( tutore)

genitori/ tutore dell’alunno/a

frequentante la classe: anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ di questa Istituzione Scolastica, ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio 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 il seguente numero telefonico

Data

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

Firma di entrambi i genitori/tutore

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

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