

**Spett. Comune di
ROBECCHETTO CON INDUNO**

Gentilissima Coordinatrice Caterina Galati,

Il/La sottoscritto/a
Cognome

Nome

C.F.

Nato/a il

a _____ Prov. _____

Il/La sottoscritto/a
Cognome

Nome

C.F.

Nato/a il

a _____ Prov. _____

in qualità di genitori/tutori di _____,
nato/a a _____ il ____/____/____

CHIEDONO

di accogliere il proprio figlio/a presso la Scuola dell'Infanzia Comunale Vincenzo Ronzoni e
di permettergli di partecipare alle attività proposte anche in questo periodo in cui, a causa
di _____

_____ (allegare verbale del
pronto soccorso e/o certificato medico) avvenuto in data ____/____/____, dove ha
riportato _____

pertanto, per tale periodo, dichiarano di assumersi la responsabilità per il rientro a scuola
del proprio figlio/a, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità
e rispettare le misure organizzative adottate dalla Coordinatrice ai fini della sicurezza
dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambiente scolastico, sollevando la scuola l'intero
personale da ogni responsabilità legata alla gestione di tale incombenza.

Preso atto che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali - GDPR 2016/679) recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Distinti saluti

Data e luogo _____

Firma

Firma
