



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo di FRASCATI

Scuola dell'infanzia, Scuola primaria,

Scuola secondaria di primo grado

00044 FRASCATI (RM) VIA DON BOSCO 8

C.F. 92028930581 C.M. RMIC8C3007

TEL. 069422630 FAX.: 06 90282248

e-mail [rmic8c3007@istruzione.it](mailto:rmic8c3007@istruzione.it)

pec: [rmic8c3007@pec.istruzione.it](mailto:rmic8c3007@pec.istruzione.it)



Frascati, 1 febbraio 2022

**Ai genitori e ai tutori degli alunni  
dell'I.C di Frascati**

**OGGETTO: Informativa sugli " alunni fragili ".**

Gentili genitori/tutori,  
in relazione ai rischi legati alla pandemia da Covid-19, **si chiede alle SS.LL. di segnalare eventuali patologie gravi o immuno-depressive dei propri figli**, rappresentando all'istituzione scolastica la predetta condizione in forma scritta e documentata dalle competenti strutture socio-sanitarie pubbliche **PLS** (Pediatra di Libera Scelta), o dal **MMG** (Medico di **Medicina Generale**) in **raccordo con il DdP territoriale**.

Per agevolare si chiede di utilizzare la modulistica in calce (Allegato A), corredata da certificazione medica pediatrica, con indicazione delle misure consigliate per il contenimento del rischio derivante dalla patologia e recapitarla a mano in segreteria, in busta chiusa, con oggetto: " riservato alunno fragile ".

Si ringrazia per la collaborazione.

II DIRIGENTE  
dott.ssa Paola FELICETTI  
( Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art.3, co 2, D.Lgs. 39/93)

**OGGETTO: Comunicazione patologia – “ alunni fragili”**

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

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della scuola

dell'infanzia

primaria

secondaria di I grado

nel plesso \_\_\_\_\_ ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio/a, come da **certificato del proprio Pediatra di Libera Scelta (PLS) /Medico di Medicina Generale (MMG)** allegato, vadano attivate le seguenti misure:

---

---

---

---

---

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Per qualsiasi comunicazione con la famiglia, i sottoscritti indicano di contattare il seguente numero telefonico: \_\_\_\_\_ .

Si allega alla presente la sottoindicata documentazione

1) Certificato medico rilasciato dal PLS/MMG

Dott/Dott.ssa

\_\_\_\_\_ iscritta all'Ordine dei Medici col numero \_\_\_\_\_

2) Documento di identità di entrambi i genitori.

---

I sottoscritti autorizzano il trattamento dei dati personali comunicati con il presente modulo al fine della tutela della salute del proprio figlio/a ai sensi del Regolamento Ue n. 679/2016 (cd. GDPR). I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'applicazione di tale Protocollo del MI del 6 agosto 2020.

Firma di entrambi i genitori

---

---