

**Allegato**

**Al dirigente scolastico  
dell'ITIS "E.Majorana"  
di Cassino**

**Mail: [emergenzacovid@itiscassino.edu.it](mailto:emergenzacovid@itiscassino.edu.it)**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO della condizione di "STUDENTE FRAGILE"**

**Io sottoscritto: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_**

**genitore dello studente :**

**cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_**

**luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_**

**cellulare: \_\_\_\_\_**

**della classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ di codesto Istituto**

**medico di famiglia \_\_\_\_\_**

**DICHIARO che mio figlio è affetto dalla/e seguenti patologie:**

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

**DICHIARO che mio figlio e' in trattamento presso:**

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

**Acconsento affinché i dati personali siano usati per gli scopi di cui agli Art. 9, 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (privacy).**

**Consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci, attesto la veridicità di quanto sopra dichiarato**

**Allego alla presente la documentazione attestante la patologia denunciata**

**Data \_\_\_\_\_ ,**

**Firma \_\_\_\_\_**