Al Dirigente scolastico

dell’Istituto Comprensivo di Belvedere M.mo

SEDE

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto: | adesione personale scolastico Piano vaccinale anti-Covid19. |

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,in servizio presso l’Istituto

Comprensivo di Belvedere M.mo in qualità di:

Personale docente

Personale ATA profilo professionale:

Assistente Amministrativo

Collaboratore Scolastico

Assistente Tecnico

in riferimento al Piano vaccinale in oggetto,

**DICHIARA**

di voler aderire al Piano vaccinale anti-Covid19;

di non voler aderire al Piano vaccinale anti-Covid19.

\_ l \_ sottoscritt\_ AUTORIZZA la Scuola al trattamento e al rilascio all’ASP di competenza dei propri dati personali nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal d.lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.

In fede

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

Data Firma