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