

ISTITUTO COMPRENSIVO CASALI DEL MANCO 1

[www.iccasali1.edu.it](http://www.iccasali1.edu.it)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’IC CASALI DEL MANCO 1

[segreteria@iccasali1.edu.it](mailto:segreteria@iccasali1.edu.it)

E p.c. Al Dipartimento di Medicina Legale COVID

**OGGETTO: RICHIESTA TIROCINANTI PER VACCINAZIONE ANTI- COVID 19**

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**tirocinante in questo istituto per l’a.s. 2020/2021**

* **per il corso di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **per il corso di specializzazione per le attività di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

**Di aderire al piano vaccinale del Dipartimento di Medicina Legale COVID e CHIEDE di sottoporsi a vaccinazione anti- covid 19**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | INDIRIZZO DI RESIDENZA | RECAPITO TELEFONICO |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Allega il documento di riconoscimento in corso di validità.**

Firma ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AUTORIZZA** il dirigente scolastico Dr. Andrea Codispoti

ai sensi del d.lgs 196/03 e Artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 al trattamento dei dati personali e sensibili.

Firma ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_