**Scheda di rilievo dati anagrafici e scolastici dell’alunno**

I dati seguenti sono richiesti per usufruire del servizio della Scuola statale in Ospedale.

Essi sono indispensabili:

* per usufruire del servizio offerto dai docenti;
* per accedere all’uso delle infrastrutture della scuola o in sua gestione;
* per instaurare rapporti di collaborazione con i docenti dell’alunno della scuola di appartenenza;
* per rilasciare attestati comprovanti la frequenza e lo svolgimento delle attività educative e disciplinari nella scuola statale in ospedale, con le valutazioni ad esse attinenti; la documentazione e le valutazioni vengono inoltrate ai docenti della scuola di provenienza dell’alunno.

I dati sono esclusivamente per l'uso istituzionale (educativo, didattico e amministrativo) della Scuola. Sia essi, che gli elaborati ed i prodotti delle attività didattiche, sono soggetti alla vigente normativa a tutela della privacy (Legge n. 675 del 31/12/96 così come modificato dal d.lgs 101 del 2018 di recepimento del GDPR 679/2016 UE).

Cognome............................................................ Nome.............................................................

nato/a (città / nazione).................................................................. il ............................

Codice Fiscale…………………………………………………………………………………………….

Cittadinanza…………………………………… ricoveri precedenti qui : si no

Indirizzo: via ................................................................................ tel. ........../..............................

c.a.p.......................... città...................................................provincia............................

 Scuola di frequenza ................................................................................. classe ....... sez. ....

Indirizzo della scuola ..................................................................... tel. ........./.............................

Nominativo di riferimento del docente coordinatore di classe ....................................................

tel. ........../................................. e-mail ………………………………………………………………

c.a.p. .................. città ........................................................... provincia...................................

Richiede la certificazione della frequenza : SI NO

Richiede la valutazione: SI NO

 ................................................................................

 ( firma di un genitore o di un legale rappresentante)

Riservato al docente: data 1° contatto con la scuola d’appartenenza ………………………….

Docente/i referente/i in H ……………………………………………………………………