

CONSENSO ATTIVAZIONE / CONFERMA SERVIZIO DI SUPPORTO

I sottoscritti:

Padre: _____

Madre: _____

genitori dell'alunno _____

nato a _____ (_____)

il ___/___/_____, residente in via _____ nr _____

del Comune di _____ (_____)

CONSENTONO

L'attivazione del servizio SpA di supporto a favore del proprio figlio da parte dell'istituto scolastico _____.

A tale scopo forniscono spontaneamente i dati del profilo sanitario del figlio per le finalità esclusive del presente consenso, consapevoli che sono informazioni necessarie allo svolgimento del servizio richiesto.

Padre _____ Madre _____

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE:

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che

- L'altro genitore condivide le finalità della presente domanda
 Di essere genitore unico

Firma _____

Docente Coordinatore per la Sezione / Team / Consiglio di classe.

Data _____

firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

L'istituto, nella persona del Dirigente scolastico protempore si impegna, ai sensi del vigente D.Lgs. 196/2003 in materia di privacy e del Regolamento europeo 679/2016 – (GDPR) e s.m., a garantirne la conservazione e la corretta trattazione dei dati forniti.

Tali dati saranno trattati esclusivamente dal personale proposto e in maniera pertinente alla propria attività, saranno gestiti su supporti cartacei e informatici nel rispetto di una corretta conservazione. Saranno eliminati al termine del rapporto in essere. In qualsiasi momento i genitori od il tutore esercitante la responsabilità genitoriale, possono richiedere, ai sensi dell'art. 13 del precitato R.E. 679/2016 – (GDPR) al fine di verificarne la correttezza, l'eventuale modifica e l'eventuale cancellazione.

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
