Al Dirigente Scolastico dell'IC G. Novello

Di Ravenna

Dott.ssa Nicoletta Ambrosio

PRESA VISIONE INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto genitore_____dell'alunno _____

o in caso di alunno maggiorenne

Il sottoscritto_____frequentante la classe_____dell'Istituto _____

_____, avendo acquisito le informazioni fornite dal Titolare ai sensi degli Artt. 13-14 del GDPR, prende visione e presta il consenso al trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta informativa.

_____ _____

Luogo e data *Firma dei Genitori (se studente minorenne)*
o dello Studente (Se maggiorenne)

- ☐ *Autorizzo l'Istituto ad inviare le certificazioni mediche consegnategli per il completamento delle pratiche diassicurazioni infortuni e R.C.*
- ☐ *Non Autorizzo l'Istituto ad inviare le certificazioni mediche in quanto provvederà in proprio al completamento delle pratiche di assicurazioni infortuni e R.C.*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto si riterrà autorizzato (*silenzio-assenso*).

_____ _____

Luogo e data *Firma dei Genitori (se studente minorenne)*
o dello Studente (Se maggiorenne)

- ☐ *Autorizzo l'Istituto ad inviare le documentazioni (dati identificativi, certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) ad altreistituzioni scolastiche nell'eventuale caso di trasferimento o ad Esperti esterni che saranno nominati come Responsabili del trattamento.*
- ☐ *Non Autorizzo l'Istituto ad inviare tutte le documentazioni (certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) ad altreistituzioni scolastiche nell'eventuale caso di trasferimento.*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto non si riterrà autorizzato (*silenzio - diniego*)

_____ _____

Luogo e data *Firma dei Genitori (se studente minorenne)*
o dello Studente (Se maggiorenne)

Comunico all'Istituzione scolastica il mio Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

da associare all'alunno/a_____iscritto alla classe_____sezione_____
dell'Istituto_____per usufruire del servizio "PAGO IN RETE".

_____ _____

Luogo e data *Firma dei Genitori*