AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO VILLAFRANCA

CONSENSO PER STUDENTE MINORENNE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in via _____ città_____ prov. _____

e Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in via _____ città_____ prov. _____

GENITORI/TUTORI LEGALI

dello studente _____

nato/a _____ il _____, residente a _____

via_____

frequentante la classe _____ della scuola _____

DICHIARA/NO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

sopra riportata ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 13 del D. Lgs.196/2003, e, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore,

AUTORIZZANO LA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI DEL MINORE NECESSARI

per l'accesso alle attività formative del progetto autorizzato dall'Autorità di Gestione nell'ambito del "PON per la scuola. Competenze e ambienti per l'apprendimento 2014-2020".

Data _____/_____/_____

Si allega copia/e del/i documento/i d'identità in corso di validità.

Firma dei genitori o del/i tutore/i

_____

_____