CONSENSO ATTIVAZIONE / CONFERMA SERVIZIO DI SUPPORTO

I sottoscritti:

Genitore 1 (o chi ha la responsabilità genitoriale): _____

Genitore 2 (o chi ha la responsabilità genitoriale): _____

dell'alunno _____nato a_____(_) il _ /_/_____

residente in via_____n._ _del Comune di_____(_)

CONSENTONO

L'attivazione del servizio ☐SpA ☐SeDICO 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.

Si dichiara inoltre di aver preso visione della presentazione delle azioni svolte dal Servizio e dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Genitore 1 (o chi ha la responsabilità genitoriale) *Firma* _____

Genitore 2 (o chi ha la responsabilità genitoriale) *Firma* _____

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

_____