



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ALTOPASCIO – LUCCA

Piazza D. Alighieri,1 Tel. 0583/25268-25817-216502

c.f. 80003820463 email LUIC84000P@istruzione.it

www.icaltopascio.edu.it

PRESA VISIONE E CONSENSO INFORMATIVA ALUNNI/FAMILIARI

Firma per presa visione dell’informativa alunni e familiari e consenso

I/Il sottoscritti/o _____

in qualità di genitori/tutore dell’alunno/a _____

della classe _____ della scuola d’infanzia/primaria/sec.1° grado

dichiara

di aver letto e compreso, in ogni suo punto, l’informativa “alunni e familiari” relativa al trattamento dei dati personali che è stata sottoposta alla sua attenzione e di aver capito che saranno trattati anche dati appartenenti a particolari categorie.

Luogo e data (i genitori/tutore dell’alunno) Firma

Firma

E

presta il consenso

nega il consenso

a comunicare i dati personali dell’alunno ad altri enti, imprese, studi professionali per agevolare l’orientamento, la formazione e l’inserimento professionale

presta il consenso

nega il consenso

all’invio di dati personali comuni dell’alunno ad agenzie di viaggio e/o strutture alberghiere, musei, librerie, gallerie, fiere, centri culturali in occasione di gite d’istruzione o uscite didattiche per incrementare le opportunità didattiche e migliorare l’offerta formativa

presta il consenso

nega il consenso

All’invio di dati personali comuni dell’alunno ad enti certificatori di competenze linguistiche

presta il consenso

nega il consenso

All’invio di dati personali comuni e particolari dell’alunno agli organizzazioni di competizioni sportive

presta il consenso

nega il consenso

All’invio di dati personali comuni dell’alunno ad concorsi didattici

(per alunni con intolleranze, allergie)

presta il consenso

nega il consenso

a comunicare agli addetti del servizio mensa allergie, intolleranze dell’alunno

presta il consenso

nega il consenso

a comunicare alle strutture alberghiere con servizio ristorante utilizzati in occasione dei viaggi di istruzione, intolleranze, allergie dell’alunno



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ALTOPASCIO – LUCCA

Piazza D. Alighieri,1 Tel. 0583/25268-25817-216502

c.f. 80003820463 email LUIC84000P@istruzione.it

www.icaltopascio.edu.it

(in caso di infortuni dell'alunno)

presta il consenso

nega il consenso

a comunicare, alla compagnia di assicurazione dell'Istituto scolastico, dati comuni e appartenenti a particolari categorie dell'alunno per la gestione dell'infortunio occorso a questi.

Luogo e data (i genitori/tutore dell'alunno) Firma

Firma:

Il/la sottoscritto/a....., data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data Firma del genitore