***DICHIARAZIONE DI CONSENSO***

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………..Genitore dello Studente/ssa,

ovvero Studente/ssa (se maggiorenni) ……………………………………………………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver letto l’informativa ex art. 13 D.Lgs. n.196/2003 e ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, per il trattamento dei dati personali degli studenti e delle famiglie.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Firma dei Genitori (se studente minorenne) o dello Studente (se maggiorenne) |
|  |  |

Richiedo, come previsto dall’informativa, che i dati relativi agli esiti scolastici dell’alunno siano trattati in relazione alle finalità di cui all’art. 96 del D.Lgs. n. 196/2003 e GDPR 679/16 al fine di agevolare l’orientamento, la formazione e l’inserimento professionale, anche all’estero, dell’alunno.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Firma dei Genitori (se studente minorenne) o dello Studente (se maggiorenne) |

Autorizzo all’'effettuazione e all'utilizzo di fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce del proprio figlio/a, e/o dichiarazioni e commenti personali registrati all'interno delle attività educative e didattiche, anche di Alternanza Scuola Lavoro, per scopi documentativi, formativi e informativi.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 di assicurazioni 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 tutte le documentazioni (certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) su richiesta al MIUR e ad altre istituzioni scolastiche nell’eventuale caso di trasferimento.
* Non Autorizzo l’Istituto ad inviare tutte le documentazioni (certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) su richiesta al MIUR e ad altre istituzioni 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) |

**Autorizzo** mio/a figlio/a a partecipare alle uscite didattiche e alle lezioni fuori sede che saranno programmate dall’Istituto nell’anno scolastico;

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Firma dei Genitori (se studente minorenne) o dello Studente (se maggiorenne) |

**Autorizzo** mio/a figlio/a a posticipare l’entrata o ad uscire prima del termine del regolare orario di lezione, per scioperi del personale o dei mezzi di trasporto.

In caso di assemblee sindacali e/o assenze dei docenti, la scuola si impegna a darne comunicazione alle famiglie tramite gli studenti, almeno con un giorno di anticipo.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Firma dei Genitori (se studente minorenne) o dello Studente (se maggiorenne) |