

AL DIRIGENTE SCOLASTICO IC CAMAIORE 3

AUTORIZZAZIONE AD AVERE COLLOQUI CON SPECIALISTI ESTERNI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre)

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

e

La sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre)

C.F. \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in qualità di  genitori

tutori

altro \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_, sotto la propria personale responsabilità,

AUTORIZZANO

i docenti (nome e cognome)

ad avere colloqui inerenti la situazione didattica e scolastica del/la proprio/a figlio/a trattando dati sensibili con lo/gli specialista/i (nome e cognome) \_\_\_\_\_

attraverso incontri in presenza a scuola / tramite contatti telefonici per tutto il corso dell'Anno Scolastico \_\_\_\_\_ o limitatamente al periodo \_\_\_\_\_.

Tutte le informazioni verranno trattate ai sensi delle normative Privacy europee relative al DLgs 196/2003 e al regolamento europeo GDPR 2016/679

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (ai sensi del DPR 445/2000)

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (ai sensi del DPR 445/2000)

ovvero

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (ai sensi del DPR 445/2000)