CONSENSO ATTIVITÀ AGENDA NORD

La Sig.ra_____madre del minorenne_____

nata a_____ il____/___/_____ e residente a _____in via/piazza

_____n._____.

e

Il Sig._____padre del minorenne_____

nato a_____ il____/___/_____ e residente a _____in via/piazza

_____n._____

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle seguenti attività:

1. Corso di scienze 'La scienza a portata di mano 3'che si svolgerà n parte nella sede di via Giovanni Palombini, 39 e in parte negli spazi aperti del quartiere. La presente autorizzazione comprende espressamente gli spostamenti e le uscite didattiche previste nell'ambito delle attività del corso, secondo modalità organizzative e di vigilanza predisposte dai respnsabili dell'attività stessa.

Luogo e data

Firma del padre

Firma della madre

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445 del 2000 dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Firma del Genitore firmatario

_____

Via Giovanni Palombini,39-00156 Roma ☎*Dir. 06.86894998* ***Segr. 06.86894489*** ***Fax*** *06.82085253*
✉rmic820005@istruzione.it – pecrmic820005@pec.istruzione.it - **www.icscuolapalombini.edu.it** - Distretto XIII^
C.F. 97021290586 – C.M. RMIC820005
Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi eventuali allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alle Società sopraindicate. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p., che ai sensi del D. Lgs n. 196/2003. Se questo messaggio vi è stato inviata per errore, vi preghiamo di distruggerlo e di informarci immediatamente per telefono allo 06/86894489 o via fax 06/82085253 o per e-mail: rmee13500t@istruzione.it In caso di ricezione mancata o incompleta telefonare allo 06/86894489

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196 e del GDPR 2016/679 sono stato altresì informato che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di mentoring e orientamento per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
5. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
6. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;
7. il titolare del trattamento è la Dirigente Scolastica prof.ssa Ilaria Chiarusi.

Presa visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio.

Firma del padre Firma della madre

Oppure Firma del tutore:

Nel caso in cui sia impossibilitato a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione.
Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445 del 2000 dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.
Firma del Genitore firmatario

_____

Via Giovanni Palombini,39-00156 Roma ☎*Dir. 06.86894998* ***Segr. 06.86894489*** ***Fax*** *06.82085253*
✉rmic820005@istruzione.it – pecrmic820005@pec.istruzione.it - **www.icscuolapalombini.edu.it** - Distretto XIII^
C.F. 97021290586 – C.M. RMIC820005
Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi eventuali allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alle Società sopraindicate. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p., che ai sensi del D. Lgs n. 196/2003. Se questo messaggio vi è stato inviata per errore, vi preghiamo di distruggerlo e di informarci immediatamente per telefono allo 06/86894489 o via fax 06/82085253 o per e-mail: rmee13500t@istruzione.it In caso di ricezione mancata o incompleta telefonare allo 06/86894489