

ALUNNI MINORENNI

La Sig.ra _____

identificata mediante documento: _____ N. _____

madre del/della minorenni _____

Frequentante la classe _____

Residente in _____ Via _____

dichiara di aver di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati, di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Leotta Alessio presso lo Sportello di ascolto.

Allega copia fotostatica del documento di identità

Luogo e data

Firma madre

Il Sig. _____

identificato mediante documento: _____ N. _____

padre del/della minorenni _____

Frequentante la classe _____

Residente in _____ Via _____

dichiara di aver di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati, di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Leotta Alessio presso lo Sportello di ascolto.

Allega copia fotostatica del documento di identità

Luogo e data

Firma padre

Il/ 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, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Luogo e data

Firma genitore