

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto _____

Via _____

CONSENSO

____ sottoscritt _____, C.F. _____ e
____ sottoscritt _____, C.F. _____, in
qualità di genitor __/tutor__ e, come tale, legal __ rappresentante dell'alunno minore _____,
fermo restando che i dati personali del medesimo non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità e/o libertà,

DICHIARA/DICHIARANO sotto la propria responsabilità:

- Che i dati identificativi sopra riportati del/i dichiarante/i e dell'alunno minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità;
- Di essere il/i legale/i rappresentante/i del minore ed essere legittimato/a/i a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, al trattamento dei dati personali, così come da Informativa Privacy;
- Di ritenere indenne l'Istituto _____ con sede in _____, C.F. _____, in persona del legale rappresentante _____, e-mail: _____, pec: _____, telefono: _____, fax: _____, Titolare del trattamento dei dati, da qualsivoglia responsabilità afferente alle dichiarazioni sopra riportate;

DICHIARA/DICHIARANO ALTRESI'

Di aver preso visione, letto e compreso quanto disposto nell'informativa privacy completa di Istituto disponibile c/o gli uffici di segreteria e pubblicata sul sito internet scolastico, in ottemperanza gli art. 13 e 14 del Reg. EU 679/2016, e, con riferimento al trattamento dei dati personali di cui alle seguenti finalità:

- pubblicazione di fotografie, riprese audiovisive o altre opere multimediali sul _____ (dettagliare la tipologia di pubblicazione o supporto es. sito web istituzionale, social network, opere editoriali, supporti di condivisione) dell'Istituto scolastico relative a:
 - tutti gli eventi così come indicati e previsti nel PTOF
 - ☐ **esprime/esprimono il consenso**
 - ☐ **non esprime/esprimono il consenso**
- foto di classe da distribuire al gruppo classe
 - ☐ **esprime/esprimono il consenso**
 - ☐ **non esprime/esprimono il consenso**
- gestione della somministrazione o auto somministrazione di farmaci
 - ☐ **esprime/esprimono il consenso**
 - ☐ **non esprime/esprimono il consenso**
- trasferire ad altri istituti scolastici il modello di certificazione delle competenze scolastiche contenente dati particolari ex art. 9 Reg. EU 679/2016
 - ☐ **esprime/esprimono il consenso**
 - ☐ **non esprime/esprimono il consenso**

_____, lì ____/____/____

Firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale/tutori/legali rappresentanti del minore
