

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Al Dirigente Scolastico  
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO FOLLONICA 1

I sottoscritti, Sig. \_\_\_\_\_ e  
Sig.ra \_\_\_\_\_, in  
qualità di Genitori/Tutori del/la minore \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Plesso scolastico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ vista

l'Informativa relativa all'Anagrafe degli Studenti - Partizione dedicata agli alunni con disabilità prot.  
nr. 5040/A14 del 01/10/2018, consegnata il \_\_\_\_\_ e pubblicata sul sito della  
Scuola sezione Privacy.

Esprimiamo il consenso al trattamento dei dati.

Inoltre:

Autorizziamo il trattamento dei dati da parte di altra scuola al passaggio/trasferimento

oppure, in alternativa

Esprimiamo l'intenzione di storicizzare il fascicolo rendendolo non consultabile da altra  
scuola.

Follonica, lì \_\_\_\_\_

In fede

Firma

Firma

### Nel caso di firma di un solo genitore

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 art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_