



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
– Regione Siciliana –

**Istituto Comprensivo "Leonardo da Vinci"**

95040 CASTEL DI IUDICA (CT) Piazza Marconi, 7

TEL.095 661065

Cod. Fisc: 82003100870 – Cod. Mecc. CTIC80300R

e-mail: [ctic80300r@istruzione.it](mailto:ctic80300r@istruzione.it) PEC: [ctic80300r@pec.istruzione.it](mailto:ctic80300r@pec.istruzione.it)

[www.icscasteldiudica.gov.it](http://www.icscasteldiudica.gov.it)



Al Titolare del trattamento dei dati

Dirigente Scolastico

**Presa visione dell'informativa e consenso al trattamento dei dati personali**

La/Il/I sottoscritt/a/o/i \_\_\_\_\_

genitore/i dell'alunno \_\_\_\_\_

o, in alternativa (alunno maggiorenne), la/il sottoscritt/a/o \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto, al plesso \_\_\_\_\_

(di seguito denominati per semplicità "interessato"),

DICHIARA / DICHIARANO

di avere acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento ("informativa alunni e loro famiglie"), le stesse anche reperibili nella sezione "Privacy e Protezione dei dati personali" del sito WEB dell'Istituto.

L'interessato esprime di seguito l'intenzione riguardante il suo consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati - valido per tutto il percorso scolastico dell'alunno nell'Istituto - per le finalità indicate nell'informativa alla sezione 2 lettera B. In particolare:

Riguardo il trattamento di foto e video di attività didattiche e di lavori afferenti ad attività istituzionali della scuola inserite nel Piano Triennale dell'Offerta Formativa, eseguito con le modalità descritte in informativa:

Presta il consenso  Nega il consenso

Riguardo il trattamento legato ad attività volte ad agevolare l'orientamento, la formazione e l'inserimento professionale anche all'estero, nonché alle attività svolte da professionisti esterni o tirocinanti provenienti da istituti scolastici di ordine superiore e/o università:

Presta il consenso  Nega il consenso

Riguardo il trattamento dei dati di salute di alunni affetti da gravi patologie o disabilità per le comunicazioni necessarie ad un eventuale passaggio ad una scuola differente:

Presta il consenso  Nega il consenso  Non applicabile

Data \_\_\_\_\_ Firma gen.1/maggiorenne \_\_\_\_\_ Firma gen.2 \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt/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.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_