

Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "GALILEI-SANI" Latina.

Oggetto: Autorizzazione alla fruizione dello sportello di affiancamento allo studio per studenti non italofofoni (per alunni minorenni)

I sottoscritti, ..... e .....  
genitori/tutori dell'alunno ....., classe ... sez. ....  
AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo sportello di affiancamento allo studio per studenti non italofofoni, previsto per il corrente anno scolastico. N.B. L'AUTORIZZAZIONE DEVE ESSERE FIRMATA DA ENTRAMBI I GENITORI\* \*Qualora risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, sottoscrivere la seguente dichiarazione:

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di.....  
dello studente ..... della classe..... sezione..... consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti alla verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Latina, lì.....

Firma

.....

La presente autorizzazione si intende valida per tutto l'anno scolastico in corso, ed è revocabile a richiesta del genitore in qualunque momento.

Latina, .....

Firme .....

.....

Con la firma del presente modello si AUTORIZZA l'IIS "GALILEI-SANI" di Latina al trattamento dei dati personali presenti ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).