

Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. "Galilei-Sani" Latina.

Oggetto: Autorizzazione alla fruizione dello sportello di affiancamento allo studio per alunni
MAGGIORENNI.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza e alla protezione dei dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello di supporto allo studio, e che saranno comunque coperti dal segreto professionale, ed utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679).

L'alunno/a..... della classe indirizzonato a il avendo già compiuto 18 anni al momento della presente dichiarazione, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dall'assistenza specialistica.

Latina, lì.....

Firma

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