

**AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO AL SERVIZIO DI  
SPORTELLLO SCOLASTICO "METODO DI STUDIO"**

Io sottoscritto/a.....in quanto esercente la potestà genitoriale sul  
minore.....classe.....sezione.....

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

La partecipazione di mio/a figlio/a al servizio di sportello scolastico "metodo di studio", organizzato  
in incontri individuali e collettivi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a Genitore/Tutore .....

Il/La sottoscritto/a Genitore/Tutore .....

Dichiaro di aver letto e compreso la lettera informativa fornitami dal titolare del trattamento ai sensi  
dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e degli artt. 13-14 del GDPR (General Data Protection Regulation)  
2016/679 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e di essere  
consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "dati sensibili", cioè "dati personali idonei  
a rilevare lo stato di salute" e di "dati giudiziari", come specificato nella finalità al punto 1 e 2.

I sottoscritti, quali esercenti la potestà sul minore  
....., esprimono il consenso al  
trattamento dei propri dati e dei dati del minore, anche per la loro eventuale comunicazione a terzi  
nei limiti indicati nell'informativa.

Data..... \* Firma Genitore/Tutore.....

\* Firma Genitore/Tutore.....

---

*\* È obbligatoria la firma di tutti gli esercenti la responsabilità genitoriale. Se presente la firma di uno dei  
genitori, è necessaria una dichiarazione di accordo con il genitore non firmatario.*

*Il/La sottoscritto/a ....., consapevole delle responsabilità  
penali e degli effetti amministrativi derivati dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come  
previsto dagli art. 75 /76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46  
47 del medesimo D.P.R. 445 del 28/12/2000, DICHIARO CHE L'AUTORIZZAZIONE DI CUI SOPRA,  
IN DATA ODIERNA È CONDIVISA CON IL/LA PADRE/MADRE DI MIO/A FIGLIO/A*