

MODULO COMUNICAZIONE DI ATTIVITA' SPECIALISTICHE IN AULA

I sottoscritti genitori del/la minore _____
nato/a _____ il _____
frequentante la classe _____ sezione _____ dell'Istituto _____
di _____

DICHIARANO

di aver preso conoscenza dell'attività "....." gestito dal Dott. (di seguito indicato come "specialista") e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini

e, in particolar modo, della necessità di effettuare in classe un intervento specifico volto a favorire l'inclusione.

Allegato alla presente: informativa sul trattamento dei dati trattati dal professionista / cooperativa / altro, redatta quale titolare autonomo del trattamento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR).

Luogo e data _____, _____

Firma gen.1/madre _____ Firma gen.2/padre _____

Il/la sottoscritt___, 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.

Luogo e data _____, _____ Firma del genitore _____