



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "BRUNO DE FINETTI"

**Via Rita Brunetti n° 13 - 00134 ROMA - Tel.06/50689565 fax 06/50684695 –
e mail : rmic8cw00p@istruzione.it rmic8cw00p@pec.istruzione.it
Cod. Univoco IPA UFA4NE - Cod.Fisc. 97664620586 – Cod. Mecc. RMIC8CW00P**

MODULO DI AUTORIZZAZIONE

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo "Bruno De Finetti"

Via Rita Brunetti, 13

00134 Roma

Viste le informazioni relative all' ANAGRAFE DEGLI STUDENTI – PARTIZIONE DEDICATA AGLI ALUNNI CON DISABILITA',

Esprimiamo il consenso al trattamento dei dati

inoltre

Autorizziamo il trattamento dei dati da parte di altra scuola in caso di trasferimento.

oppure, in alternativa

Esprimiamo l'intenzione di storicizzare il fascicolo rendendolo non consultabile ad altra scuola.

In fede

Data _____

Nome e Cognome in stampatello

Firma



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "BRUNO DE FINETTI"

**Via Rita Brunetti n° 13 - 00134 ROMA - Tel.06/50689565 fax 06/50684695 –
e mail : rmic8cw00p@istruzione.it rmic8cw00p@pec.istruzione.it
Cod. Univoco IPA UFA4NE - Cod.Fisc. 97664620586 – Cod. Mecc. RMIC8CW00P**

Nel caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____