

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i _____

genitore/i / tutore/i dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

Telefono fisso _____ o Telefono cellulare _____

considerata l'attività della ASL/FR di prevenzione primaria odontostomatologica della popolazione in età infantile ed evolutiva "Prevenzione della carie e delle malocclusioni dento-scheletriche"

A U T O R I Z Z A

il/la proprio/a figlio/a ad effettuare la prestazione valutativa odontoiatrica all'interno dell'Istituto Scolastico prevista

per il giorno _____ e solleva da qualsiasi responsabilità per inconvenienti che

potrebbero verificarsi di conseguenza.

Dichiara , inoltre, di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D.Lgs. 196/03 e Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali" ; di essere informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che i dati verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti dalla normativa sulla privacy, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione "Regolamento recante identificazione dei dati sensibili..."

Luogo e data _____

Firma del/i genitore/i
