



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE**  
SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI 1° GRADO  
**S. PIETRO IN VINCOLI**

Via L. Da Vinci, 8 - 48125 S. Pietro in Vincoli - RA  
Tel.0544/551603 - Fax 0544/553014 web: [www.icspvincoli.edu.it](http://www.icspvincoli.edu.it)  
Cod. Mecc. RAIC802007 - Cod.Fisc. 80106760392 - Codice univoco fatturazione elettronica UFUX2A  
e-mail: [raic802007@istruzione.it](mailto:raic802007@istruzione.it) e-mail certificata: raic802007@pec.istruzione.it

## **AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI**

(pubblicata nel sito Istituzionale)

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I sottoscritti genitori \_\_\_\_\_  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_  
del plesso scolastico \_\_\_\_\_, avendo acquisito le informazioni fornite dai ai  
sensi dell'art. 13 del GDPR,

Autorizzo l'Istituto ad inviare le certificazioni mediche consegnategli per il completamento delle pratiche di assicurazioni infortuni e R.C.

Non Autorizzo l'Istituto ad inviare le certificazioni mediche in quanto provvederò in proprio al completamento delle pratiche di assicurazioni infortuni e R.C.

In assenza di specifica indicazione l'Istituto si riterrà autorizzato (*silenzio – assenso*).

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Firma della madre

Autorizzo l'Istituto ad inviare tutte le documentazioni (dati identificativi, certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) ad altre istituzioni scolastiche nell'eventuale caso di trasferimento o ad Esperti esterni che saranno nominati come Responsabili del trattamento.

Non Autorizzo l'Istituto ad inviare tutte le documentazioni (certificazioni sanitarie, P.E.I., ecc.) ad altre istituzioni scolastiche nell'eventuale caso di trasferimento.

In assenza di specifica indicazione l'Istituto non si riterrà autorizzato (*silenzio - diniego*)

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore/tutore