

## DICHIARAZIONE DEI GENITORI PER AUTORIZZARE I CONTATTI DIRETTI DELLA SCUOLA CON L'ASL

Il sottoscritto.....genitore esercente la  
patria potestà del minore.....nato  
a.....il.....e residente  
a.....via.....n.....

....  
Frequentante per l'a.s. ....

la.scuola.....di.....classe.....

### **AUTORIZZA L'ISTITUTO COMPRENSIVO MASSAROSA 1**

nella persona del dirigente e dei docenti FS, a contattare l'ASL nordovest  
Toscana per informazioni relative agli specialisti che seguono l'alunno/a.

Il sottoscritto è a conoscenza che tutti i dati relativi agli alunni sono  
tutelati da Privacy come da documentazione fornita alle famiglie all'inizio  
di ogni anno scolastico.

Massarosa..... FIRMA.....