

4

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.....