**AUTORIZZAZIONE SERVIZIO SPORTELLO SPAZIO-ASCOLTO**

I sottoscritti *(cognome e nome)*

…………..…………………………………………………..............

……………………………………………………………………………

Genitori/tutori dell’allievo/a …………………………………………………………..

frequentante la classe ……………………sez.………...della Scuola Secondaria di 1°grado dell’I.C di Ponte di Piave (TV)

AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio relativo al progetto “Spazio-ascolto” operante presso i locali della Scuola.

Dichiarano inoltre, di aver preso visione dell’informativa SULLA PROTEZIONE DEI DATI riportata ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell’articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 pubblicata sul sito al seguente indirizzo www.icpontedipiave.edu.it/privacy, e dichiarano di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoriali nei confronti del minore, autorizza/no la raccolta e il trattamento dei dati DEL MINORE necessari per l’accesso alle attività relative al progetto di “Spazio-ascolto” per l’as.2020/2021.

N.B. La scelta operata ha valore sino alla fine del corrente anno scolastico.

Ponte di Piave, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma di entrambi i genitori/tutori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_