

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo Albiate e Triuggio

I sottoscritti _____

in qualità di Genitori/Tutori della/del minore _____

frequentante la classe _____ sezione _____ della

Scuola Primaria _____ Comune _____

Scuola Secondaria di I grado _____ Comune _____

VISTA

l'Informativa relativa all'ANAGRAFE DEGLI STUDENTI, PARTIZIONE DEDICATA ALLE ALUNNE E AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ, esprimiamo il consenso al trattamento dei dati necessario all'ottenimento dell'insegnante di sostegno.

In relazione alla possibilità di consentire l'accesso al fascicolo da parte di altri istituti scolastici operiamo la seguente scelta:

(barrare con una X la propria scelta)

- a. **La famiglia autorizza il trattamento dei dati da parte di altra scuola.** Con questa decisione, la famiglia acconsente, in seguito a un cambio scuola dell'alunna/o, che la scuola di destinazione, nel momento in cui la/il minore diventa suo frequentante, acceda e possa trattare i dati registrati nel fascicolo di disabilità esistente;

oppure

- b. **La famiglia dichiara l'intenzione di storicizzare il fascicolo, rendendolo non consultabile da altra scuola.** Con questa decisione, la famiglia chiede che venga storicizzato il fascicolo di disabilità esistente.

In relazione alla possibilità di utilizzo dei dati a fini statistici operiamo la seguente scelta:

(barrare con una X la propria scelta)

- a. **La famiglia richiede l'esclusione dei dati dell'alunna/o dalle rilevazioni statistiche;**

oppure

- b. **La famiglia autorizza l'accesso ai dati dell'alunna/o per le rilevazioni statistiche.**

Comunicazione a enti e associazioni:

Si autorizza l'istituto a trasmettere ai comuni di residenza, cooperative ed enti erogatori del servizio la documentazione riservata necessaria a garantire il diritto all'istruzione e alla formazione di studentesse e studenti con disabilità (nel caso di mancata concessione del consenso sarà la famiglia a dover consegnare agli enti erogatori la documentazione necessaria).

☐ AUTORIZZO

☐ NON AUTORIZZO

Data _____

Nome e Cognome in stampatello	Firma
Padre/Tutore:	
Madre/Tutore:	

Nel caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nome e Cognome in stampatello	Firma