Dichiarazione da compilare a cura del terapista

_l_ sottoscritt_ _____ si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto (Regolamento UE 2016/679 - GDPR e D.Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii.).
_l_ sottoscritt_ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Data, _____ Firma

_____

A cura dell'Istituto

L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig.ra _____, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 e del nuovo regolamento GDPR europeo.

Presa in esame la documentazione presentata

☐ si concede l'autorizzazione richiesta
☐ non si concede l'autorizzazione richiesta

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Giuseppe Vecchio
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs 39/93