



4° ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DOMENICO COSTA"

Via G. Di Vittorio n. 23 - 96011 Augusta (SR) - C.F. 81002040897
☎ 0931 992088 / fax 0931 993660 ✉ sric831005@istruzione.it



Al Dirigente Scolastico
Del 4° Istituto Comprensivo Domenico Costa di Augusta

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

La Sig.ra/ Il Sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Barbara Buonomo come descritte nel documento allegato, di cui ha preso visione, sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il , e residente a , in via/piazza

n....., dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi della dott.ssa Barbara Buonomo come sopra descritte nel documento allegato, che contiene informativa sul trattamento dei dati personali, come sopra descritte.

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....

nata a il , e residente a , in via/piazza

n....., dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi della dott.ssa Barbara Buonomo come sopra descritte nel documento allegato, che contiene informativa sul trattamento dei come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente

informativa. Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a..... il

Tutore del... Sig. visto (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Barbara Buonomo come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del tutore