

# MODULO DI AUTORIZZAZIONE

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo W. A. Mozart Roma

**Viste** le informazioni relative all' ANAGRAFE DEGLI STUDENTI - PARTIZIONE DEDICATA AGLI ALUNNI CON DISABILITA',

Esprimiamo il consenso al trattamento dei dati

**inoltre**

Autorizziamo il trattamento dei dati da parte di altra scuola in caso di trasferimento.

**oppure, in alternativa**

Esprimiamo l'intenzione di storicizzare il fascicolo rendendolo non consultabile ad altra scuola.

Data \_\_\_\_\_

In fede

Nome e Cognome in stampatello

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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.

Firma \_\_\_\_\_