

Al Dirigente Scolastico

.....

Il/la sottoscritto/a.....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe..... di codesta scuola

**A U T O R I Z Z A**

il proprio figlio/a a effettuare la visita medica disposta nella Scuola prevista per il giorno .....  
e solleva l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità per inconvenienti che potrebbero verificarsi  
di conseguenza.

*Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003  
«Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono  
prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati  
esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica  
Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».*

.....  
luogo e data

.....  
Firma