

# MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Al Dirigente Scolastico

---

I sottoscritti \_\_\_\_\_

in qualità di Genitori/Tutori del/la minore \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_

## Vista

l'Informativa relativa all'ANAGRAFE DEGLI STUDENTI – PARTIZIONE DEDICATA AGLI ALUNNI CON DISABILITA' 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:

a. **La famiglia autorizza il trattamento dei dati da parte di altra scuola:** con questa decisione, la famiglia acconsente, in seguito ad un cambio scuola dell'alunno, che la scuola di destinazione, nel momento in cui l'alunno 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:

a. **La famiglia richiede l'esclusione dei dati dell'alunno dalle rilevazioni statistiche**

oppure

b. **La famiglia autorizza l'accesso ai dati dell'alunno per le rilevazioni statistiche**

Data \_\_\_\_\_

In fede

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