

INVIARE ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA

rachele.manzo@lidodelfaro.edu.it

I SOTTOSCRITTI (GENITORI) _____

GENITORI DI _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ DELL'ISTITUTO _____

SITA A _____ IN VIA _____

AUTORIZZANO

IL PROPRIO FIGLIO ALLA PARTECIPAZIONE DELLE ATTIVITA' PREVISTE NEL PROGETTO "SCUOLE SICURE" REALIZZATE IN ORARIO SCOLASTICO CON LA PRESENZA IN CLASSE DEL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO. GLI ARGOMENTI TRATTATI VERRANNO AFFRONTATI NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI RISERVATEZZA E DI TUTELA DEI DATI PERSONALI COME PREVISTO DAL REGOLAMENTO EUROPEO N. 2016/679.

DATA _____

FIRMA DEI GENITORI _____
