

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 E/O IN AMBIENTE VIRTUALE DI PRESONALE 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 _____
