

Al Dirigente Scolastico
dell'ISS Leon Battista Alberti
ROMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La Sottoscritto/a
nato/a Codice Fiscale
Residente a Via/Piazza n.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe,

ACCONSENTE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui alla "informativa vaccini" – circolare n. 23 del 28 settembre 2017

Letto, confermato e sottoscritto

Roma, lì

Firmato

.....
Firma del dichiarante (per esteso e ben leggibile)