

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.S. Carlo Alberto Dalla Chiesa
Afragola**

OGGETTO: Visite mediche durante la giornata di prevenzione del 27/02/2025.

Regolamento UE 2016/679 e Codice privacy D.Lgs. 196/2003 s.m.i. Trattamento dati particolari relativi alla salute dello studente.

Il sottoscritto _____(padre), nato a _____ il _____, residente in _____, via/piazza _____, e la sottoscritta _____ (madre), nata a _____, il _____, residente in _____, via/piazza _____,

genitori dell'alunna/o _____, frequentante per l'anno scolastico _____ la classe _____ sezione _____ dell' I.S. "Carlo Alberto Dalla Chiesa" di Afragola,

ACCONSENTONO

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy D. Lgs. 196/2003 affinché il/la proprio/a figlio/a possa essere visitato da medici esperti professionisti (iscritti ai relativi Albi professionali) nella giornata di prevenzione nell'ambito del Progetto "èBenessere" inserito nel PTOF 2022/25

OTORINO LARINGOIATRA

NUTRIZIONISTA

Afragola,

Firma del padre _____

Firma della madre _____