

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE STUDENTI – PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO PROVINCIALE  
"PERDERSI / RITROVARSI" - PROGETTO "@LAB\_SCHOOL. AZIONI A CONTRASTO E  
PREVENZIONE DALLE DIPENDENZE" (II ANNUALITÀ).

Il sottoscritto genitore /tutore ....., nato il.....  
a.....(.....) residente a.....  
(.....) in via/piazza..... n. .... CAP .....  
Telefono ..... Cell..... e-mail .....

Il sottoscritto genitore/tutore ....., nato il.....  
a.....(.....) residente a.....  
(.....) in via/piazza..... n. .... CAP .....  
Telefono ..... Cell..... e-mail .....

### AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ....., nato il .....  
a..... (...) residente a ..... (...)in  
via/piazza .....n. .... CAP .....  
frequentante nell'a.s. 2025/26 la classe..... sez. .... Secondaria Plesso .....

**a partecipare all'evento provinciale "Perdersi / Ritrovarsi" - Progetto "@Lab\_school. Azioni a  
contrasto e prevenzione dalle dipendenze" (II annualità) che si svolgerà martedì 28 aprile dalle  
ore 11:00 alle ore 13:00 presso il Teatro "P. Mandanici" di Barcellona P.G.**

**Gli studenti svolgeranno le prime due ore di lezione in aula. La partenza da scuola in autobus è  
prevista alle ore 10:00 dalla sede di C/da Santa Lucia di Capo d'Orlando e il rientro alle ore  
13:45 circa.**

TUTELA DELLA PRIVACY - Il titolare del trattamento dei dati, nella persona del D.S., informa che, ai sensi e per gli effetti  
del D.Lgs. n.196/2003 e successive integrazioni e modifiche, i dati raccolti verranno trattati per solo per le finalità connesse  
con la partecipazione alle attività formative previste dal progetto e per la rendicontazione all'Autorità di gestione delle azioni  
attivate per la sua realizzazione e che i dati personali da Lei forniti ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività  
formativa, serviranno esclusivamente per la normale esecuzione del Modulo formativo a cui suo/a figlio/a si iscrive.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Firme dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma dello/astudente/ssa  
\_\_\_\_\_