

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE STUDENTI – LABORATORIO MODULO B - DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE ODONTOIATRICHE E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI. PROGETTO "CONSAPEVOLMENTE" IN COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA – PROGETTO CONSAPEVOLMENTE.

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 recarsi, presso il Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle immagini morfologiche e funzionali dell'Università degli Studi di Messina per partecipare al Laboratorio formativo di indirizzo (Modulo B), dal titolo "STUDIARE PER DIVENTARE! LE PROFESSIONI MEDICO-SANITARIE E BIOTECNOLOGICHE", secondo il seguente calendario:

-giovedì 28 maggio 2026 (CLASSI 3A ODO – 5A ODO);
-venerdì 29 maggio 2026 (CLASSI 4A ODO – 5B ODO).

La partenza da scuola in autobus è prevista alle ore 08:00 dalla sede di C/da Santa Lucia di Capo d'Orlando e il rientro alle ore 15:00 circa.

TUTELA DELLA PRIVACY - Il titolare del trattamento dei dati, nella persona del Dirigente Scolastico, informa che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito anche "GDPR"), i dati raccolti verranno trattati per solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formative previste dal progetto nonché 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 gli scopi indicati in premessa.

ACCONSENTE

Al trattamento dei dati del/della proprio/a figlio/a che saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formative previste nell'ambito del progetto in oggetto.

Firme dei genitori

Firma dello/astudente/ssa