

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**  
(Regolamento UE n. 2016/679 “GDPR”)

Il/La sottoscritto/a (*nome e cognome*) .....

Nato/a il.....a .....

Residente a..... Via /P.zza.....

In qualità di     Genitore     Tutore     Curatore

Del minore (*nome e cognome*) .....

Nato/a il.....a.....

Residente a..... Via /P.zza.....

**ESPRIME IL CONSENSO**

A contattare il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale, solo in caso di necessità, al fine di potenziare il sistema di prevenzione del disagio protezione del minore.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A tale proposito informa che il pediatra o il medico di medicina generale che segue il/la proprio/a figlio/a è .....recapito tel. del pediatra/medico: tel.....

Firma leggibile (\*) \_\_\_\_\_ Firma leggibile (\*) \_\_\_\_\_

San Giovanni di Casarsa, \_\_\_\_\_

\* di essere consapevole, che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione, esclusivamente nell'ambito e per le finalità riportate in essa; la Scuola garantisce la riservatezza delle informazioni scambiate fra le parti, come previsto dal Regolamento UE 2016/679 “GDPR”.