

Istituto San Leone Magno
Piazza di s. Costanza, 1
Roma 00198 Roma
tel. 068537041 fax 0685370420

MODULO PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI

RILASCIO AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritt _____
(Nome e Cognome)

genitore dell'alunn _____
(Dati dello studente)

frequentante nell'anno scolastico _____ la classe _____ di questo Istituto

autorizzo

non autorizzo

questo Istituto a utilizzare i dati personali esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della pubblica Amministrazione (Legge 31.12.1996, n. 675 "Tutela della privacy" - art. 27).

_____, _____
(Città) (Data)

(Firma del genitore o dell'alunno se maggiorenne)