



## SERVIZIO SORVEGLIANZA SCOLASTICA

Da consegnare A SCUOLA entro GIOVEDÌ 12 SETTEMBRE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola (primaria o secondaria) \_\_\_\_\_  
telefono n \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**l'iscrizione al SERVIZIO GRATUITO "SORVEGLIANZA" dal 16 AL 21 SETTEMBRE 2019 con orario 12.00 – 13.00.**

Consenso al trattamento dei dati personali

*Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal D. Lgs. n.196/2003 e Reg. EU 2016/679, da parte dell'Istituto Comprensivo Statale di Codognè e del Comune di Codognè, per finalità connesse al presente oggetto.*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**Allegare documento di identità del richiedente**