|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTR_GUI5EPyOEK6um2kyg6eACYYnj1haXG9MxGdoujDVTj1_iFcOIaXlAhttps://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTvvDl_ebnd8odiydXufOqYKv4rCuxO9y-XeLVr3KtXGuZVxhtAHkt70Ahttps://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRQa4AbY2jZfcTg4OuX6XQLSjLpy95-BAzjbZ8pHZhl1yzi16mQ-fOr80s |  |
| LOGO2 | **MIUR USR CALABRIA****Distretto Scolastico n. 17 di Amantea (CS)****ISTITUTODI ISTRUZIONE SUPERIORE****Licei : Scientifico – Scienze Umane – Scienze Applicate****Istituto Professionale: Odontotecnico** **Istituto Tecnico: Chimica, M. e.B. – Amm.Fin.Marketing – Nautico-Meccanico****Via S.Antonio – Loc. S.Procopio - 87032 AMANTEA (CS)****🕿 Centralino 0982/ 41969 – Sito:www.iispoloamantea.edu.it E-mail:** **CSIS014008@istruzione.it****Posta. Cert.:****CSIS014008@pec.istruzione.it****Codice Fiscale 86002100781** | logo_3 |

PROT. N. 0001590 I.4 Amantea, 08/03/2024.

**PRESA VISIONE DEL TRATTAMENTO DATI nell’ambito del PCTO**

(per gli alunni minorenni compilano i genitori, gli alunni maggiorenni compilano autonomamente inserendo solo il proprio nome e non anche quello dei genitori)

Il/I sottoscritto/i genitori dell’alunno/a minorenne:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Genitore | Genitore |
| Cognome e Nome |  |  |

Alunno/a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome |  |
| Classe |  | Anno scolastico |  |

* acquisite le informazioni di cui sopra;
* consapevole/i che i dati saranno trattati esclusivamente per le finalità indicate nell’informativa di cui sopra;
* informato/a dei propri diritti ai sensi degli artt. 15-23 del Regolamento UE 2016/679;
* consapevole che la partecipazione alle attività e percorsi realizzati nell’ambito del PCTO comportano obbligatoriamente il trattamento dati indicato nella relativa Informativa:

**DICHIARA/DICHIARANO**

Di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dati effettuato dal Titolare nell’ambito delle attività del PCTO, consapevole/i che l’istituto scolastico agisce per l’adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento e l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri.

Di essere consapevole/li che la partecipazione obbligatoria ai percorsi PCTO prevede, dunque, che venga effettuata sorveglianza sanitaria per valutare l’idoneità di studenti e studentesse con riferimento ai rischi per lo svolgimento delle attività presso il soggetto ospitante, e quindi la necessità di sottoporre gli stessi a visita medica per garantire la sicurezza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCELTA VISITA MEDICA:** | * AUTONOMA
 | * EFFETTUATA DALLA SCUOLA
 |

Il/la sottoscritto/a, in caso di impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma Genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Firma Alunno maggiorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |