



CONSENSO INFORMATO

Il / La sottoscritto/a, genitore dell'alunno/a
....., iscritto/a alla classe della scuola
dell'infanzia/ primaria/ secondaria di I grado di
....., informato/a ai sensi dell'art. 13 del DLGS
196 / 2003, (consegnato all'atto dell'iscrizione)

Acconsente

che i docenti di mio/a figlio/a ricevano informazioni dai medici competenti e dagli altri operatori del servizio di neuropsichiatria infantile di Castelfranco Emilia, in particolare da; oppure dal dottor/ dottoressache svolge libera professione.

Sono a conoscenza che tali informazioni hanno carattere sensibile e che sono soggetti a privacy.

Castelfranco, li.....

(firma).....