

**Oggetto: MODULO DI CONSENSO DEI GENITORI - SERVIZIO PAGO IN RETE**

**Da restituire entro il 25/02/2021**, compilato e sottoscritto, esclusivamente al seguente indirizzo [icbasiglioprivacy@gmail.com](mailto:icbasiglioprivacy@gmail.com) indicando come oggetto: ***“Privacy PagoInRete - Cognome e Nome Alunno - Scuola (indicare ordine di scuola: Infanzia, Primaria, Secondaria)”***.

I sottoscritti

_____	_____
Cognome e Nome	Cod. Fiscale
_____	_____
Cognome e Nome	Cod. Fiscale

in qualità di:

☐ Genitore    ☐ Delegato    ☐ Tutore    ☐ Responsabile genitoriale

dell'alunno/a: \_\_\_\_\_ (Cognome e Nome Alunno/a)

Iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

del plesso della scuola:        ☐ Infanzia    ☐ Primaria    ☐ Secondaria di Primo Grado

☐ Confermiamo di aver letto e accettato quanto dettagliato nell'informativa privacy relativa al servizio “Pago in Rete” allegata alla comunicazione prot. n. 853 del 15/02/2021.

☐ Autorizziamo l'Istituto Scolastico ad associare il codice fiscale dei genitori a quello del figlio (indispensabile per scaricare le attestazioni valide ai fini fiscali)

☐ Autorizziamo il rappresentante di classe, qualora ne faccia richiesta alla segreteria, alla visualizzazione e al pagamento degli avvisi telematici intestati agli alunni della classe.

Firma <i>Padre/Delegato/Tutore/Responsabilità genitoriale</i>	_____
Firma <i>Madre/Delegata/Tutrice/Responsabilità genitoriale</i>	_____

Data \_\_\_\_\_