

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 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 _____