

Alla Dirigente scolastica
Dell'IIS CESARE BATTISTI di Velletri

TAGLIANDO di AUTORIZZAZIONE DA RESTITUIRE COMPILATO E FIRMATO AL DOCENTE ORGANIZZATORE DEL CORSO DI APICOLTURA.

Io sottoscritto, NOME _____ COGNOME _____

genitore/esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno:

NOME _____ COGNOME _____ CLASSE _____

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000,

presa visione della circolare n. 466 allegata, dichiara – in base al test effettuato - che il proprio figlio/a non è allergico al veleno degli imenotteri ed autorizza a far partecipare il proprio figlio/a al corso di Apicoltura secondo il calendario organizzato dall'Istituto.

Il sottoscritto autorizza l'Istituzione scolastica ad utilizzare i propri dati secondo i termini della legislazione vigente (con particolare riferimento al Reg. U.E. 679/2016), al solo fine dell'attivazione del corso.

Velletri, _____

In fede (firma leggibile)
