MODELLO C

RINNOVO DIAGNOSI FUNZIONALE/PROFILO DI FUNZIONAMENTO –
CONSENSO GENITORI ALLA TRASMISSIONE NOMINATIVI
A UOC NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA DI ASST LARIANA

SEDE DI:

- ☐ COMO (uonpia.como@asst-lariana.it)
- ☐ CANTÙ (uonpia.cantu@asst-lariana.it)
- ☐ LOMAZZO (uonpia.lomazzo@asst-lariana.it)
- ☐ MENAGGIO (uonpia.menaggio@asst-lariana.it)

OGGETTO: consenso trasmissione nominativi di alunni <u>in carico alla UONPIA ASST Lariana</u> che necessitano di Rinnovo/Aggiornamento della Diagnosi Funzionale/Profilo di Funzionamento nel passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria e al passaggio della scuola secondaria di primo grado alla scuola secondaria di secondo grado

Noi sottoscritti genitori dell'alunno/a _____

nato il _____

(padre) _____

(madre) _____

Eventuale tutore _____

frequentante la classe _____ plesso _____

della scuola _____

DICHIARO/DICHIARIAMO

di ACCONSENTIRE alla trasmissione del nominativo di mio figlio/mia figlia da parte dell'Istituzione scolastica

di _____

alla UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'ASST Lariana per <u>rinnovo/aggiornamento della Diagnosi Funzionale.</u>

Luogo e data _____

Firma genitori _____ _____

Firma Tutore _____

recapito telefonico _____ indirizzo email _____

Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR), i dati personali, particolari (sensibili) ai sensi art. 9 del GDPR forniti con il seguente consenso informato saranno trattati da _____, con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza. La finalità del trattamento è: Consenso genitori alla trasmissione nominativi a UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di ASST Lariana. Ai sensi dell'art. 32 del GDPR, nell'ambito del trattamento dei dati e del relativo perimetro di attività, _____adotta misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio del trattamento dei dati personali. Lei potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 21 del GDPR (diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione). Il titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e 24 del GDPR è _____in persona del _____, _____. Il Responsabile Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR per _____ è _____.

Con la sottoscrizione, l'interessato presta proprio consenso informato al trattamento dei propri dati personali.

Data _____

Firma genitori _____ _____

Firma Tutore _____