



Allegato B

**AMBITO SOCIALE BA 10
Modugno – Bitetto - Bitritto
SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA ANNO 2025.2026**

CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE DA PARTE DELLA FAMIGLIA

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____
residente a _____ indirizzo _____
tel. 1 _____ tel. 2 _____ genitore o esercente la potestà genitoriale,
dell'alunn_ _____
nat_ a _____ il _____

AUTORIZZA

il Dirigente Scolastico dell' Istituzione scolastica _____
alla trasmissione della documentazione medica all'Ambito Territoriale Sociale BA10, al fine di valutare se
sussistono i presupposti per l'attivazione del servizio di assistenza specialistica scolastica per il/la propri_ _____
figli_ _____.

Autorizza, altresì, la Scuola e l'Ambito Sociale al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per
l'espletamento del servizio richiesto, ai sensi del D.lgs. 101/2018 - Disposizioni per l'adeguamento della
normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del
Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei
dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento
generale sulla protezione dei dati).

Luogo e data _____

Firma
