



DOCENTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in via _____ città _____ prov. _____

acquisite le informazioni sopra riportate ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoriale nei confronti del minore, autorizzano la raccolta e il trattamento dei dati necessari per l'accesso alle attività formative progetto "A scuola di inclusione" – POR Calabria 2014-2020.

Data ___ / ___ / ___

Si allega copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità.

Firma
