

	ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE “LUIGI EINAUDI” Via Spezzaferri, 7 – 26900 LODI <i>tel. 0371/36488 fax 0371/430935</i> <i>e-mail: segreteria@ipseinaudi.lodi.it - Sito internet: www.ipseinaudi.lodi.gov.it</i>	Mod. CZ.7/02
		Rev. 1
	CIRCOLARE INTERNA	

Lodi, 15 gennaio 2018

Circolare Interna n. 148

Agli alunni e docenti
delle classi 2AAT -2BAT – 2CAT -2ASC

OGGETTO: Intervento di esperti ASST di Lodi per progetto “ Affettività e sessualità”

Le classi seconde del nostro istituto effettueranno il suddetto progetto nelle rispettive classi, dalle h 10.00 alle h 12.00 nelle seguenti date:

- 18 .1.18 2 Aat
- 24.1.18. 2Bat (Cazzulani)
- 25 1.18 2 Asc (Cazzulani)
- 26 .1.18 2Cat

I /Le docenti Coordinatori di classe provvederanno a consegnare agli alunni la liberatoria allegata, da restituire firmata dai genitori prima dell’incontro.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE

Dott. Francesco TERRACINA
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell’ar.3 c.2 dl.gs.n. 39/1993

Redatto da: Segreteria Personale	Verificato da: RSGQ	Approvato da: Dirigente Scolastico	Pag. 1 di 2
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	-------------

	ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE "LUIGI EINAUDI" Via Spezzaferri, 7 – 26900 LODI <i>tel. 0371/36488 fax 0371/430935</i> <i>e-mail: segreteria@ipseinaudi.lodi.it - Sito internet: www.ipseinaudi.lodi.gov.it</i>	Mod. CZ.7/02 Rev. 1 Emesso dal 03/2004
	CIRCOLARE INTERNA	

Progetto "SESSUALITA' ED AFFETTIVITA'
LIBERATORIA , CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI
ED AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE
modulo per ragazzi minorenni

_____ COGNOME DEL MINORE	_____ NOME DEL MINORE	_____ nato a	_____ il
frequentante la scuola IPCST "EINAUDI" di LODI			
classe/sezione _____			

Il/la sottoscritto/a

 COGNOME NOME nato a il

telefono/cellulare _____ email _____

genitore (esercante la potestà genitoriale) del minore sopra indicato

- AUTORIZZA il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto "Sessualità ed affettività" tenuto da operatori del Consultorio dell' ASST di Lodi (che, sottoscrivendo la presente liberatoria, dichiara di accettare nella sua integrità e in ogni sua implicazione)
- AUTORIZZA la Dott. Cuzzani dell'ASST di Lodi , al trattamento dei dati personali riportati nella presente scheda, secondo l'informativa sul trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003)
- AUTORIZZA l'esecuzione e la riproduzione di eventuali riprese fotografiche e/o registrazioni audio/video su qualsiasi supporto ritraenti il/la proprio/a figlio/a nel corso del progetto, dichiarando di non aver nulla a pretendere in relazione all'utilizzazione dei filmati e del materiale fotografico e audio/video

In fede

Luogo e data _____ Firma leggibile _____