



**SCUOLA PRIMARIA
PARIFICATA PARITARIA
“SUORE STIGMATINE”
AREZZO – Piazza S. Agostino, 5**

AUTORIZZAZIONE

Il Sottoscritto..... genitore
dell'alunno/a.....della
classe.....della Scuola Primaria Parificata Paritaria “Suore Stigmatine”
di Arezzo, consente che.....figlio/a.....prenda parte alle
gite/uscite organizzate dall'insegnante.....per l'A.S. 20 - 20 .

Dichiaro di assumere ogni responsabilità per danni che potessero derivare dal suddetto alunno per incidenti o fatti determinati da cause di forza maggiore non ascrivibili all'insegnante accompagnatore. (Circolare ministeriale n. 291 del 14 ottobre 1972 – visite guidate e viaggi d'istruzione).

Qualora lo ritenga necessario potrà accedere ai propri dati avvalendosi dell'art. 15 Reg. 679/2016 GDPR.

Data.....

FIRMA.....