

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA PRESTAZIONE  
Alunni maggiorenni

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ nato/a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza

\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto riportato e indicato nella **circolare n. 381** e decide consapevolmente di avvalersi delle prestazioni professionali del dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA RICEZIONE DELL'INFORMATIVA PER IL  
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevute le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito Regolamento), contenute nella circolare allegata ed in particolare riguardo ai diritti dell'interessato di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento, nonché di avere avuto conoscenza che i dati da sé conferiti appartengono anche a particolari categorie (art.9 del Regolamento).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

