

OGGETTO: Autorizzazione al trattamento dei dati relativi a mio/a figlio/a iscritto/a al servizio “Spazio Autismo”.

Io sottoscritto _____
residente a _____ in via _____
con riferimento all’istanza di ammissione al servizio **“SPAZIO AUTISMO”** di mio
figlio/a _____
dichiaro di autorizzare:

* l’Azienda Speciale Consortile, direttamente o per il tramite dell’ente gestore a cui affida la gestione del servizio “Spazio Autismo”, al trattamento dei dati relativi a mio/a figlio/a e all’effettuazione dei necessari incontri/colloqui con i soggetti di riferimento per la definizione, attuazione e verifica del progetto educativo individualizzato.

* l’Azienda Speciale Consortile a trasmettere la documentazione prodotta da Spazio Autismo alla scuola frequentata da mio/a figlio/a, in relazione al servizio di consulenza che il medesimo servizio offre alle Istituzioni scolastiche per una corretta gestione delle attività a favore di mio/a figlio/a.

* il Responsabile del servizio Spazio Autismo a trasmettere copia della relazione finale di verifica delle attività svolte al servizio sociale del mio Comune di residenza, che concorre alla copertura delle spese del servizio, per consentire la verifica dell’andamento del servizio.

Data _____ In fede _____

Autorizzo, inoltre, l’Azienda Speciale Consortile e l’Ente a cui la stessa affida la gestione del servizio, al trattamento dell’immagine di mio/a figlio/a (fotografie, filmati, audiovisivi, immagini digitali) nel rispetto della dignità della persona e della normativa vigente per la creazione di materiale utile allo svolgimento dell’attività programmata dal servizio.

Data _____ In fede _____