MOD-EST

RACCOLTA DELLA MODULISTICA PER GLI INTERESSATI E I SOGGETTI ESTERNI

Modelli utilizzabili dall'Istituto per la gestione dei rapporti con studenti, famiglie, personale, collaboratori, fornitori e altri interessati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

SEZIONE A – ESERCIZIO DEI DIRITTI (5 modelli)

Codice	Modello
EST-RDT-01	Richiesta di esercizio dei diritti GDPR
EST-RDT-02	Richiesta di accesso ai dati personali
EST-RDT-03	Richiesta di rettifica, limitazione o cancellazione dei dati personali
EST-RDT-04	Delega per l'esercizio dei diritti dell'interessato
EST-RDT-05	Ricevuta e riscontro all'istanza dell'interessato *(uso interno)*

SEZIONE B – MANIFESTAZIONI DI VOLONTÀ RELATIVE A IMMAGINI, AUDIO E VIDEO (6 modelli)

Codice	Modello
EST-AUT-01	Autorizzazione all'utilizzo di immagini e riprese video
EST-AUT-02	Autorizzazione alla pubblicazione di immagini sul sito istituzionale
EST-AUT-03	Autorizzazione alla pubblicazione sui canali social istituzionali
EST-AUT-04	Autorizzazione alla pubblicazione di elaborati, fotografie e lavori degli studenti
EST-AUT-05	Autorizzazione a riprese fotografiche e video durante eventi scolastici
EST-AUT-06	Autorizzazione alla partecipazione a eventi con riprese audiovisive di terzi

SEZIONE C – DICHIARAZIONI (3 modelli)

Codice	Modello
EST-DIC-01	Dichiarazione di presa visione dell'informativa privacy
EST-DIC-02	Dichiarazione di consegna delle credenziali
EST-DIC-03	Impegno alla riservatezza

SEZIONE D – CONSENSI (3 modelli)

Codice	Modello
EST-CON-01	Consenso al trattamento dei dati personali *(ove richiesto)*
EST-CON-02	Consenso all'utilizzo di servizi digitali o piattaforme *(ove previsto)*
EST-CON-03	Consenso alla pubblicazione di immagini *(ove la base giuridica sia il consenso)*

SEZIONE E – EVENTI E ATTIVITÀ SCOLASTICHE (2 modelli)

Codice	Modello
EST-EVE-01	Partecipazione a eventi con riprese fotografiche e video
EST-EVE-02	Informativa e presa visione per eventi documentati con immagini e video

SEZIONE F – INTELLIGENZA ARTIFICIALE (2 modelli)

Codice	Modello
EST-IA-01	Informativa e presa visione sull'utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale nelle attività didattiche o amministrative
EST-IA-02	Consenso all'utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale *(solo ove previsto)*

SEZIONE G – MODULISTICA GENERALE (5 modelli)

Codice	Modello
EST-GEN-01	Richiesta di copia della documentazione contenente dati personali
EST-GEN-02	Comunicazione di variazione dei dati personali
EST-GEN-03	Revoca del consenso precedentemente prestato
EST-GEN-04	Segnalazione di presunta violazione della privacy
EST-GEN-05	Richiesta di chiarimenti sul trattamento dei dati personali

Codice: EST-RDT-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

RICHIESTA DI ESERCIZIO DEI DIRITTI DELL'INTERESSATO
(Artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo consente all'interessato o al soggetto legittimato a rappresentarlo di esercitare uno o più diritti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) con riferimento ai dati personali trattati dall'Istituto.

DATI DELLO STUDENTE
Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____
Classe _____ / Sezione _____
☐ **Studente maggiorenne**
☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

DIRITTO ESERCITATO
☐ Accesso ai dati personali
☐ Cancellazione dei dati personali
☐ Opposizione al trattamento
☐ Revoca del consenso (ove applicabile)
☐ Altro
☐ Rettifica dei dati personali
☐ Limitazione del trattamento
☐ Portabilità dei dati (ove applicabile)

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Documento di identità

☐ Delega (se presente)

☐ Altra documentazione

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e chiede che la presente richiesta sia esaminata nei termini previsti dalla normativa vigente.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data di ricezione	
Protocollo	
Ufficio competente	
Responsabile dell'istruttoria	
Data del riscontro	
Esito	☐ Accolta ☐ Accolta parzialmente ☐ Rigettata
Annotazioni	

Codice: EST-RDT-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI
(Art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo consente all'interessato di richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano e, nei casi previsti dalla normativa, di ottenerne l'accesso e la copia.

DATI DELLO STUDENTE
Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____
Classe _____ / Sezione _____
☐ **Studente maggiorenne**
☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

DATI O DOCUMENTI RICHIESTI
Si richiede l'accesso ai seguenti dati o documenti:
☐ Dati relativi alla carriera scolastica ☐ Dati amministrativi ☐ Dati del personale
☐ Fascicolo personale ☐ Immagini o registrazioni
☐ Corrispondenza contenente dati personali
☐ Altro

_____
_____

PRECISAZIONI DELLA RICHIESTA

_____
_____
_____
_____

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEL RISCONTRO

☐ Ritiro presso l'Istituto ☐ Invio tramite e-mail ☐ Invio tramite PEC

☐ Altro _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Documento di identità

☐ Delega (se presente)

☐ Altra documentazione

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono veritiere.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Campo	**Compilazione**
Data di ricezione	
Protocollo	
Identità verificata	☐ Sì ☐ No
Ufficio competente	
Responsabile dell'istruttoria	
Data del riscontro	
Esito	☐ Accolta ☐ Accolta parzialmente ☐ Rigettata
Annotazioni	

Codice: EST-RDT-03

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

RICHIESTA DI RETTIFICA, LIMITAZIONE O CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI
(Artt. 16, 17 e 18 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo consente all'interessato di richiedere la rettifica di dati personali inesatti, la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente.

DATI DELLO STUDENTE
Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____
Classe _____ / Sezione _____
☐ **Studente maggiorenne**
☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

RICHIESTA
☐ Rettifica dei dati personali
☐ Limitazione del trattamento
☐ Cancellazione dei dati personali

DATI O TRATTAMENTI INTERESSATI
Indicare i dati personali o i trattamenti cui si riferisce la richiesta.

_____
_____
_____
_____

MOTIVAZIONE
Descrivere sinteticamente le ragioni della richiesta.

_____

_____

_____

_____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Documento di identità ☐ Documentazione a supporto ☐ Delega (se presente)

☐ Altro _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e chiede che la presente richiesta sia esaminata nei termini previsti dalla normativa vigente.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Campo	**Compilazione**
Data di ricezione	
Protocollo	
Ufficio competente	
Responsabile dell'istruttoria	
Data del riscontro	
Esito	☐ Accolta ☐ Accolta parzialmente ☐ Rigettata
Annotazioni	

Codice: EST-RDT-04

I ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI DELL'INTERESSATO
(Artt. 12 e 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo consente all'interessato di delegare un'altra persona all'esercizio dei diritti previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

DATI DEL DELEGANTE
Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

DATI DEL DELEGATO
Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Documento di identità

OGGETTO DELLA DELEGA
Il delegato è autorizzato a presentare richieste e a ricevere comunicazioni relative all'esercizio dei diritti in materia di protezione dei dati personali nei confronti dell'Istituto.
La delega riguarda:
☐ Tutti i diritti previsti dal GDPR
☐ Esclusivamente la seguente richiesta:

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
☐ Documento di identità del delegante
☐ Documento di identità del delegato

☐ Altro

DICHIARAZIONE
Il delegante autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo per le finalità connesse alla gestione della delega.

SOTTOSCRIZIONE
Luogo _____ Data _____
Firma del delegante

Firma del delegato (per accettazione)

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Campo	**Compilazione**
Data di ricezione	
Protocollo	
Identità verificata	☐ Sì ☐ No
Annotazioni	

Codice: EST-RDT-05

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

RICEVUTA E RISCONTRO ALL'ISTANZA DELL'INTERESSATO

(Art. 12 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato dall'Istituto per registrare la presa in carico, l'istruttoria e il riscontro fornito all'interessato in relazione a una richiesta di esercizio dei diritti in materia di protezione dei dati personali.

DATI DELLA RICHIESTA

Campo	**Compilazione**
Protocollo	
Data di ricezione	
Richiedente	
Modulo presentato	☐ EST-RDT-01 ☐ EST-RDT-02 ☐ EST-RDT-03 ☐ Altro
Oggetto della richiesta	

ISTRUTTORIA

L'istruttoria è stata assegnata a: _____

Sono state effettuate le seguenti attività:

☐ Verifica dell'identità del richiedente ☐ Verifica della legittimazione

☐ Acquisizione della documentazione ☐ Coinvolgimento del DPO (ove necessario)

☐ Coinvolgimento di altri uffici ☐ Altro _____

ESITO

☐ Richiesta accolta ☐ Richiesta accolta parzialmente ☐ Richiesta non accolta

Motivazione o annotazioni

_____

RISCONTRO ALL'INTERESSATO

Campo	**Compilazione**
Data del riscontro	
Modalità di trasmissione	☐ E-mail ☐ PEC ☐ Consegna a mano ☐ Altro
Termine rispettato	☐ Sì ☐ No

SOTTOSCRIZIONE

Funzione	**Firma**	**Data**
Responsabile dell'istruttoria		
Dirigente Scolastico / Delegato		

Codice: EST-AUT-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI IMMAGINI E RIPRESE VIDEO

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo consente all'interessato, o a chi esercita la responsabilità genitoriale sul minore, di autorizzare l'utilizzo di immagini e riprese video effettuate nell'ambito delle attività istituzionali dell'Istituto, secondo le modalità indicate nel presente modulo e nell'informativa privacy.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

ATTIVITÀ PER LE QUALI SI ESPRIME LA MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ

L'autorizzazione riguarda l'utilizzo di:

☐ fotografie

☐ riprese video

☐ registrazioni audiovisive

realizzate esclusivamente nell'ambito di:

☐ attività didattiche

☐ attività progettuali

☐ manifestazioni scolastiche

☐ visite guidate e viaggi di istruzione

☐ eventi istituzionali

☐ altro _____

Con riferimento alle attività sopra indicate:

☐ Acconsento, nei casi in cui il consenso costituisca la base giuridica del trattamento.

☐ Non acconsento.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'Istituto e manifesta la propria volontà con riferimento all'utilizzo delle immagini secondo quanto sopra indicato.

L'autorizzazione può essere revocata nei casi e con le modalità previste dalla normativa vigente.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

La presente manifestazione di volontà produce effetti esclusivamente nei casi in cui la normativa vigente o le procedure dell'Istituto la prevedano quale presupposto del trattamento.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data acquisizione	
Protocollo	
Operatore	
Annotazioni	

Codice: EST-AUT-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI SUL SITO ISTITUZIONALE

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire la manifestazione di volontà dell'interessato, o di chi esercita la responsabilità genitoriale sul minore, in relazione alla pubblicazione di fotografie e riprese video sul sito istituzionale dell'Istituto, nei casi in cui tale manifestazione sia richiesta dalla normativa vigente o dalle procedure adottate dall'Istituto.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

PUBBLICAZIONE AUTORIZZATA

La manifestazione di volontà riguarda la pubblicazione sul sito istituzionale di:

☐ Fotografie individuali

☐ Fotografie di gruppo

☐ Riprese video

☐ Elaborati didattici contenenti immagini

☐ Altro

FINALITÀ DELLA PUBBLICAZIONE

☐ Documentazione delle attività scolastiche

☐ Comunicazione istituzionale

☐ Valorizzazione dei progetti didattici

☐ Pubblicazione di eventi scolastici

☐ Altro

MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ

Con riferimento a quanto sopra indicato:

☐ **Acconsento**, nei casi in cui il consenso costituisca la base giuridica del trattamento.

☐ **Non acconsento.**

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizza la pubblicazione delle immagini sul sito istituzionale dell'Istituto esclusivamente per finalità istituzionali, didattiche, informative e documentative.

L'autorizzazione è revocabile secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data acquisizione	
Protocollo	
Annotazioni	

Codice: EST-AUT-03

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI SUI CANALI SOCIAL ISTITUZIONALI

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire la manifestazione di volontà dell'interessato, o di chi esercita la responsabilità genitoriale sul minore, in relazione alla pubblicazione di fotografie e riprese video sui canali social istituzionali dell'Istituto, nei casi in cui tale manifestazione sia richiesta dalla normativa vigente o dalle procedure adottate dall'Istituto per finalità di informazione, comunicazione e valorizzazione delle attività scolastiche.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

CANALI DI PUBBLICAZIONE

La manifestazione di volontà riguarda la pubblicazione di immagini e/o riprese video sui seguenti canali istituzionali:

☐ Pagina Facebook ☐ Profilo Instagram ☐ Canale YouTube ☐ Canale LinkedIn

☐ Altri canali istituzionali

FINALITÀ DELLA PUBBLICAZIONE

☐ Comunicazione istituzionale ☐ Promozione delle attività didattiche

☐ Documentazione di eventi e progetti ☐ Valorizzazione delle attività dell'Istituto

☐ Altro

MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ

Con riferimento a quanto sopra indicato:

☐ **Acconsento**, nei casi in cui il consenso costituisca la base giuridica del trattamento.

☐ **Non acconsento.**

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizza la pubblicazione delle immagini esclusivamente per finalità istituzionali, educative e di comunicazione delle attività dell'Istituto. L'autorizzazione potrà essere revocata secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data acquisizione	
Protocollo	
Annotazioni	

Codice: EST-AUT-04

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI ELABORATI, FOTOGRAFIE E LAVORI DEGLI STUDENTI

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo consente all'interessato, o a chi esercita la responsabilità genitoriale sul minore, di autorizzare la pubblicazione di elaborati, fotografie, disegni, video e altri lavori realizzati nell'ambito delle attività didattiche.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

OGGETTO DELL'AUTORIZZAZIONE

La manifestazione di volontà riguarda la pubblicazione di:

☐ Elaborati scritti ☐ Disegni

☐ Presentazioni ☐ Fotografie

☐ Video ☐ Elaborati multimediali

☐ Registrazioni audio ☐ Altri lavori didattici _____

MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE

☐ Sito istituzionale ☐ Canali social istituzionali ☐ Pubblicazioni dell'Istituto

☐ Materiale informativo ☐ Mostre, esposizioni o eventi scolastici ☐ Giornalino scolastico

☐ Altro _____

FINALITÀ

☐ Documentazione delle attività didattiche

☐ Comunicazione istituzionale

☐ Valorizzazione dei progetti educativi
☐ Partecipazione a concorsi o iniziative
☐ Promozione delle attività dell'Istituto
☐ Altro

MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ
Con riferimento a quanto sopra indicato:
☐ **Acconsento**, nei casi in cui il consenso costituisca la base giuridica del trattamento.
☐ **Non acconsento.**

DICHIARAZIONE
Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'Istituto.
La presente manifestazione di volontà è resa esclusivamente nei casi in cui la normativa vigente o le procedure adottate dall'Istituto la prevedano quale presupposto del trattamento.

SOTTOSCRIZIONE
Luogo _____ Data _____
☐ **Studente maggiorenne**
Firma _____
☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*
Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data acquisizione	
Protocollo	
Annotazioni	

Codice: EST-AUT-05

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

AUTORIZZAZIONE A RIPRESE FOTOGRAFICHE E VIDEO DURANTE EVENTI SCOLASTICI

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire la manifestazione di volontà dell'interessato, o di chi esercita la responsabilità genitoriale sul minore, in relazione alla partecipazione ad attività, manifestazioni o eventi organizzati dall'Istituto durante i quali potranno essere effettuate fotografie o riprese video, nei casi in cui tale manifestazione sia richiesta dalla normativa vigente o dalle procedure adottate dall'Istituto.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Denominazione dell'evento

_____

Luogo

_____

Data

_____

RIPRESE PREVISTE

Nel corso dell'evento potranno essere effettuate:

☐ Fotografie ☐ Riprese video ☐ Riprese audiovisive ☐ Fotografie di gruppo

☐ Altro

_____

FINALITÀ

Le immagini potranno essere utilizzate esclusivamente per:

☐ Documentazione delle attività scolastiche
☐ Comunicazione istituzionale
☐ Valorizzazione dei progetti educativi
☐ Pubblicazione sul sito istituzionale (ove previsto)
☐ Pubblicazione sui canali social istituzionali (ove previsto)
☐ Altro

MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ
Con riferimento a quanto sopra indicato:
☐ **Esprimo la mia adesione**
☐ **Non esprimo la mia adesione**

DICHIARAZIONE
Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dall'Istituto e acconsente alla realizzazione di fotografie e riprese video nell'ambito dell'evento sopra indicato, esclusivamente per finalità istituzionali e documentative.

SOTTOSCRIZIONE
Luogo _____ Data _____
☐ **Studente maggiorenne**
Firma _____
☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*
Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data acquisizione	
Protocollo	
Annotazioni	

Codice: EST-AUT-06

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ RELATIVA ALLA PARTECIPAZIONE A EVENTI CON RIPRESE FOTOGRAFICHE O AUDIOVISIVE EFFETTUATE DA SOGGETTI TERZI

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire la manifestazione di volontà dell'interessato, o di chi esercita la responsabilità genitoriale sul minore, in relazione alla partecipazione a eventi organizzati o patrocinati dall'Istituto nei quali potranno essere effettuate fotografie o riprese audiovisive da parte di soggetti terzi previamente individuati e informati.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

EVENTO

Denominazione

_____

Data

_____

Luogo

_____

Soggetto organizzatore

_____

SOGGETTI TERZI AUTORIZZATI ALLE RIPRESE

Le riprese fotografiche o audiovisive potranno essere effettuate da:

☐ Organi di informazione

☐ Fotografo professionista incaricato

☐ Operatore video incaricato
☐ Ente pubblico
☐ Associazione
☐ Altro

FINALITÀ
Le riprese potranno essere effettuate esclusivamente per:
☐ Documentazione dell'evento
☐ Informazione istituzionale
☐ Comunicazione istituzionale
☐ Promozione delle attività educative
☐ Altro

MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ
Con riferimento a quanto sopra indicato:
☐ **Esprimo la mia adesione**
☐ **Non esprimo la mia adesione**

DICHIARAZIONE
Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dall'Istituto relativa all'evento e al trattamento dei dati personali.
La presente manifestazione di volontà riguarda esclusivamente la partecipazione all'evento organizzato dall'Istituto e non sostituisce eventuali informative o adempimenti che competono ai soggetti terzi qualora operino quali autonomi titolari del trattamento.

SOTTOSCRIZIONE
Luogo _____ Data _____
☐ **Studente maggiorenne**
Firma _____
☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*
Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Data acquisizione	
Protocollo	
Annotazioni	

Codice: EST-DIC-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY

(Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per attestare l'avvenuta presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'Istituto.

DATI DELL'INTERESSATO

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Classe/Ufficio/Servizio (se applicabile)

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'Istituto e di averne compreso il contenuto.

La presente dichiarazione attesta esclusivamente l'avvenuta presa visione dell'informativa e non costituisce manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

Firma

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-DIC-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

DICHIARAZIONE DI CONSEGNA DELLE CREDENZIALI
(Art. 32 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo è utilizzato per attestare la consegna delle credenziali di accesso ai sistemi informatici dell'Istituto.

DATI DEL DESTINATARIO
Cognome e nome

Qualifica

Ufficio/Servizio

CREDENZIALI CONSEGNATE
☐ Account istituzionale
☐ Casella di posta elettronica
☐ Accesso al registro elettronico
☐ Accesso alle piattaforme digitali
☐ Altro

DICHIARAZIONE
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le credenziali sopra indicate e si impegna a custodirle con la massima diligenza, a non comunicarle a terzi e ad utilizzarle esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle disposizioni impartite dall'Istituto.

SOTTOSCRIZIONE
Luogo _____ Data _____

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO
Data di consegna
Operatore
Annotazioni

Codice: EST-DIC-03

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

(Art. 29 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e art. 2-quaterdecies del D.Lgs. 196/2003)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per formalizzare l'impegno del sottoscrittore a mantenere la riservatezza delle informazioni e dei dati personali trattati nello svolgimento delle attività affidate dall'Istituto.

DATI DEL SOTTOSCRITTORE

Cognome e nome

Qualifica/Funzione

Ente o Società (se applicabile)

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto si impegna a:

- utilizzare i dati personali esclusivamente per le finalità connesse all'attività svolta;
- mantenere la riservatezza delle informazioni di cui venga a conoscenza;
- adottare le misure di sicurezza previste dall'Istituto;
- non comunicare o diffondere dati personali a soggetti non autorizzati;
- restituire o distruggere la documentazione eventualmente ricevuta al termine dell'attività, secondo le istruzioni dell'Istituto.

L'impegno alla riservatezza permane anche dopo la cessazione del rapporto con l'Istituto, nei limiti previsti dalla normativa vigente.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo _____ Data _____

Firma

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-CON-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 6, par. 1, lett. a), art. 7 e, ove applicabile, art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo è utilizzato per acquisire il consenso dell'interessato esclusivamente nei casi in cui esso costituisca la base giuridica del trattamento dei dati personali.

DATI DELLO STUDENTE
Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____
Classe _____ / Sezione _____
☐ **Studente maggiorenne**
☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

TRATTAMENTO PER IL QUALE È RICHIESTO IL CONSENSO
_____
_____

DICHIARAZIONE
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali e presta il proprio consenso al trattamento sopra descritto.
☐ **Presto il consenso** ☐ **Non presto il consenso**

SOTTOSCRIZIONE
Luogo _____ Data _____
☐ **Studente maggiorenne** Firma _____
☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*
Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-CON-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

CONSENSO ALL'UTILIZZO DI SERVIZI DIGITALI O PIATTAFORME

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire il consenso dell'interessato nei casi in cui l'utilizzo di servizi digitali o piattaforme richieda tale base giuridica.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne** ☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ E-mail _____ Telefono _____

DATI DELL'INTERESSATO *(diverso da studente)*

Cognome e nome _____ **Ufficio (se applicabile)**_____

SERVIZIO O PIATTAFORMA

Denominazione _____

Fornitore _____

Finalità dell'utilizzo _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dall'Istituto relativa all'utilizzo del servizio sopra indicato.

☐ **Presto il consenso**

☐ **Non presto il consenso**

Luogo _____ Data _____

☐ **Soggetto interessato / Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Codice: EST-CON-03

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

CONSENSO ALLA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI

(Art. 6, par. 1, lett. a), art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR, ove applicabile)

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

PUBBLICAZIONE

Il consenso riguarda la pubblicazione di immagini mediante:

☐ Sito istituzionale ☐ Canali social istituzionali

☐ Pubblicazioni informative ☐ Materiale promozionale

☐ Altro _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali e presta il consenso alla pubblicazione delle immagini per le finalità indicate.

☐ **Presto il consenso** ☐ **Non presto il consenso**

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-EVE-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

PARTECIPAZIONE A EVENTI CON RIPRESE FOTOGRAFICHE E VIDEO

(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e normativa vigente in materia di protezione dei dati personali)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire la manifestazione di volontà dell'interessato in relazione alla partecipazione ad attività o eventi organizzati dall'Istituto durante i quali potranno essere effettuate fotografie o riprese video.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

EVENTO

Denominazione _____

Luogo _____ Data _____

Manifestazione della volontà

☐ **Autorizzo** la partecipazione all'evento sopra indicato.

☐ **Non autorizzo** la partecipazione all'evento sopra indicato.

Annotazioni

_____

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-EVE-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

INFORMATIVA E PRESA VISIONE PER EVENTI DOCUMENTATI CON IMMAGINI E VIDEO

(Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per attestare la presa visione dell'informativa relativa al trattamento di immagini e riprese video effettuate durante eventi organizzati dall'Istituto.

DATI DELLO STUDENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale_____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

Classe _____ / Sezione _____

☐ **Studente maggiorenne**

☐ **Studente minorenne**

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

EVENTO

Denominazione _____ Data _____

Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa predisposta dall'Istituto relativa al trattamento delle immagini e delle riprese video effettuate nel corso dell'evento sopra indicato.

La presente dichiarazione attesta esclusivamente l'avvenuta presa visione dell'informativa e non costituisce manifestazione di consenso, salvo i casi in cui quest'ultimo sia espressamente richiesto dalla normativa.

Luogo _____ Data _____

☐ **Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-IA-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

INFORMATIVA E PRESA VISIONE SULL'UTILIZZO DI SISTEMI DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE
(Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e Regolamento (UE) 2024/1689 – AI Act, ove applicabile)

Oggetto del modulo
Il presente modulo è utilizzato per attestare la presa visione dell'informativa relativa all'utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale nell'ambito delle attività didattiche, amministrative o di supporto organizzativo dell'Istituto.

DATI DELL'INTERESSATO/ STUDENTE
Cognome e nome _____ _____
Luogo e data di nascita _____
Classe / Qualifica / Ufficio _____

DATI IDENTIFICATIVI
☐ Studente ☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale
☐ Personale docente ☐ Personale ATA
☐ Collaboratore esterno ☐ Fornitore
☐ Altro _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

DICHIARAZIONE
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa predisposta dall'Istituto relativa all'utilizzo dei sistemi di Intelligenza Artificiale.
La presente dichiarazione attesta esclusivamente l'avvenuta presa visione dell'informativa.

Luogo _____ Data _____
☐ **Soggetto interessato / Studente maggiorenne**
Firma _____
☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*
Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-IA-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

CONSENSO ALL'UTILIZZO DI SISTEMI DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE

(Art. 6, par. 1, lett. a), art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR, ove applicabile)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per acquisire il consenso dell'interessato esclusivamente nei casi in cui l'utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale richieda tale base giuridica.

DATI DELL'INTERESSATO/ STUDENTE

Cognome e nome _____ _____

Luogo e data di nascita _____

Classe / Qualifica / Ufficio _____

DATI IDENTIFICATIVI

☐ Studente ☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale

☐ Personale docente ☐ Personale ATA

☐ Collaboratore esterno ☐ Fornitore ☐ Altro _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI STUDENTE MINORENNE

Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

E-mail _____ Telefono (facoltativo) _____

ATTIVITÀ INTERESSATA

_____

Manifestazione del consenso ☐ **Presto il consenso** ☐ **Non presto il consenso**

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa predisposta dall'Istituto relativa all'attività sopra descritta.

Luogo _____ Data _____

☐ **Interessato / Studente maggiorenne**

Firma _____

☐ **Genitore / esercente la responsabilità genitoriale** *(in caso di studente minorenne)*

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-GEN-01

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CONTENENTE DATI PERSONALI
(Art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

DATI DEL RICHIEDENTE
Cognome e nome

_____

Luogo e data di nascita

_____

Qualifica
☐ Interessato
☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale
☐ Delegato
☐ Altro _____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
_____
_____
_____
_____

MODALITÀ DI CONSEGNA
☐ Copia cartacea ☐ Copia digitale ☐ Invio tramite e-mail ☐ Invio tramite PEC
☐ Ritiro presso l'Istituto

Richiesta
Il sottoscritto chiede il rilascio della documentazione sopra indicata.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO
Protocollo _____
Esito _____ Data evasione _____
Annotazioni _____

Codice: EST-GEN-02

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

COMUNICAZIONE DI VARIAZIONE DEI DATI PERSONALI

(Art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per comunicare all'Istituto la variazione dei dati personali precedentemente forniti.

DATI DELL'INTERESSATO

Cognome e nome

_____

_____

DATI DA AGGIORNARE

☐ Residenza
☐ Recapiti
☐ E-mail
☐ Telefono
☐ Stato civile
☐ Responsabilità genitoriale
☐ Altro

_____
_____

NUOVI DATI

_____
_____
_____
_____

Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara che le informazioni comunicate corrispondono al vero e chiede l'aggiornamento degli archivi dell'Istituto.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

Codice: EST-GEN-03

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

REVOCA DEL CONSENSO

(Art. 7, par. 3 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo è utilizzato per revocare un consenso precedentemente prestato al trattamento dei dati personali.

DATI DELL'INTERESSATO
Cognome e nome
_____
_____

CONSENSO DA REVOCARE
_____
_____
_____

Dichiarazione
Il sottoscritto revoca il consenso precedentemente prestato con effetto dalla data di presentazione del presente modulo, fatti salvi i trattamenti già effettuati prima della revoca.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO
Data ricezione _____
Aggiornamento effettuato _____
Annotazioni
_____

Codice: EST-GEN-04

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

SEGNALAZIONE DI PRESUNTA VIOLAZIONE DELLA PRIVACY

(Artt. 33 e 34 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR, ove applicabili)

Oggetto del modulo

Il presente modulo è utilizzato per segnalare all'Istituto una presunta violazione della normativa in materia di protezione dei dati personali o un evento che possa comportare un rischio per i diritti e le libertà degli interessati.

DATI DEL SEGNALANTE

Cognome e nome _____

Recapito _____

_____

DESCRIZIONE DELLA SEGNALAZIONE

_____

_____

_____

_____

EVENTUALI DOCUMENTI ALLEGATI

_____

_____

Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara che la presente segnalazione è resa in buona fede e sulla base delle informazioni di cui è a conoscenza.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO

Protocollo	
Data presa in carico	
Esito	
Annotazioni	

Codice: EST-GEN-05

ISTITUTO SUPERIORE "CARLO ALBERTO DALLA CHIESA" – AFRAGOLA (NA)

RICHIESTA DI CHIARIMENTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Artt. 12, 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR)

Oggetto del modulo
Il presente modulo è utilizzato per richiedere chiarimenti in merito alle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Istituto.

DATI DEL RICHIEDENTE
Cognome e nome _____
Recapito _____

Qualifica
☐ Interessato ☐ Genitore ☐ Dipendente ☐ Fornitore ☐ Altro _____

QUESITO
_____
_____
_____
_____

Richiesta
Il sottoscritto chiede di ricevere un riscontro in merito al quesito sopra formulato.

MODALITÀ DI RISCONTRO
☐ E-mail ☐ PEC ☐ Colloquio ☐ Altro
_____

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Informativa: I dati personali raccolti mediante il presente modulo sono trattati dall'Istituto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente. L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale e presso gli uffici dell'Istituto.

SEZIONE RISERVATA ALL'ISTITUTO
Data ricezione _____
Ufficio competente _____
Data risposta _____
Annotazioni _____