

---

**ALLEGATO 1**

**Consenso associazione figlio/rappresentante di classe**

Il sottoscritto/a:

\_\_\_\_\_  padre  madre  tutore  
(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_  padre  madre  tutore  
(cognome) (nome)

Dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

presa visione dell'informativa privacy relativa all'attivazione del servizio Pago in Rete

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

All'associazione con il rappresentante di classe che, qualora ne faccia richiesta alla segreteria, potrà procedere alla visualizzazione e al pagamento degli avvisi telematici intestati all'alunno/a.

Sono consapevole che in assenza di tale autorizzazione il rappresentante di classe non potrà fare alcun pagamento per nome del sottoscritto.

Data, \_\_\_\_\_

*Firma del genitore/ tutore \**

\_\_\_\_\_

*Firma del genitore/tutore \**

\_\_\_\_\_

---