



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna*  
*Direzione Generale*  
*Ufficio 4°*

**ALLEGATO B**

Denominazione Istituto Scolastico

Codice Meccanografico

Nome

Cognome

Indirizzo e-mail

Contatto telefonico

Il sottoscritto -----

autorizza ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della richiesta pervenuta.

I dati saranno forniti al MIUR- DG per lo Studente, Ufficio II (titolare del trattamento, dr. Giuseppe Pierro) e utilizzati solo per fini istituzionali connessi alla realizzazione di iniziative per la prevenzione dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo. In nessun caso i dati potranno essere forniti a terzi.

Firma del docente