Al Dirigente Scolastico

Pasl01000v@pec.istruzione.it

OGGETTO: RISERVATA AL DIRIGENTE SCOLASTICO - ***Domanda attivazione della Carriera Alias***.

I* sottoscritt* (genitore 1)	
nato a	
il (gg.mm.aaaa)	

I sottoscritt (genitore 2)	
nato a	
il (gg.mm.aaaa)	

Genitore/i dell* student* minorenne	
nato a	
il (gg.mm.aaaa)	

OPPURE

student* maggiorenne	
nato a	
il (gg.mm.aaaa)	

Iscritto per l'anno scolastico _____ alla classe/sezione _____

CHIEDE/CHIEDONO

l’attivazione della Carriera Alias in quanto ha intrapreso un percorso di transizione di genere ai sensi della legge 164/1982, indicando come nome prescelto per l’identità Alias il seguente _____

Data _____ Firma genitore 1*_____

Firma genitore 2 _____

Firma Student maggiorenne* _____

(*) **Alla luce delle disposizioni del codice civile (artt. 316 e 337 quater) in materia di filiazione, la presente autorizzazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori.**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- fotocopia del documento d’identità personale dello/a studente/ssa (obbligatorio)
- fotocopia del documento d’identità personale dei genitori (obbligatorio se studente/ssa minorenne)
- documentazione medico-diagnostica attestante la disforia di genere e/o inizio del percorso di transizione

DICHIARA/DICHIARANO

inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13del Regolamento UE 016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma genitore 1*_____

Firma genitore 2 _____

Firma Student maggiorenne* _____