

## Modulo per autorizzazioni e deleghe per l'anno scolastico 2023-24

### SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

ALUNNO: \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

#### 1) AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE NELL'AMBITO DEL COMUNE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_

Autorizza

NON autorizza

il/la proprio/a figlio/a a partecipare ad eventuali visite didattiche e/o attività organizzate fuori dai locali scolastici, nell'ambito del Comune sede della scuola stessa, in orario di lezione, per il corrente anno scolastico.

#### 2) AUTORIZZAZIONE A RIPRESE FOTOGRAFICHE/CINEMATOGRAFICHE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 2016/679:

#### **DICHIARA**

di essere a conoscenza che nella scuola o durante le attività, le uscite e le visite didattiche possono essere effettuate riprese foto/video di alunni, luoghi e situazioni per scopi didattici ed informativi.

Per quanto riguarda l'utilizzo di immagini in cui compare il proprio/la propria figlio/a esprime la seguente posizione

Pubblicazione su <u>supporto cartaceo</u> (giornali, riviste...)	<input type="checkbox"/> Presta il consenso	<input type="checkbox"/> non presta il consenso
<u>web</u> Pubblicazione sul sito internet della scuola, sul profilo facebook della scuola, su siti internet di enti – associazioni con finalità educative, formative	<input type="checkbox"/> Presta il consenso	<input type="checkbox"/> non presta il consenso

Si precisa che le riprese foto/video interesseranno gruppi di alunni; verranno evitati i primi piani e le immagini in cui compare un solo alunno.

La presente autorizzazione ha carattere permanente per l'anno scolastico 2023/24

### **3) AUTORIZZAZIONE VISITE MEDICHE**

Le Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica tutt'ora in vigore (circolare Ministeriale N°4 del 13 marzo 1998) prevedono in caso di alcune malattie infettive e parassitarie ,la sorveglianza dei contatti scolastici da parte dei medici della Medicina Preventiva di Comunità.

Qualora i genitori non intendano autorizzare tali visite di medicina preventiva, si impegnano a farle effettuare al proprio figlio presso un medico di fiducia.

**In tal caso l'alunno potrà riprendere la frequenza scolastica solo previa presentazione di certificazione medica del controllo effettuato**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_

Autorizza

NON autorizza

le visite mediche previste dalle Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica.

Data \_\_\_\_\_

Firma per:

**1) AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE NELL'AMBITO DEL COMUNE**

**2) AUTORIZZAZIONE A RIPRESE FOTOGRAFICHE/CINEMATOGRAFICHE**

**3) AUTORIZZAZIONE VISITE MEDICHE**

**Firma di entrambi i genitori**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma di un solo genitore**

Dichiara di essere l'unico titolare della patria podestà / che l'altro genitore è stato informato ed è consenziente con il contenuto della presente dichiarazione

\_\_\_\_\_