

AUTORIZZAZIONE A FOTO, RIPRESE VIDEO E COLLABORAZIONE CON LA ASL

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale

Madre

Padre

firmando la presente sezione, dichiarano di essere a conoscenza che:

a) nell'ambito delle attività didattiche, uscite didattiche, viaggi di istruzione, eventi e manifestazioni culturali e sportive possono essere effettuate riprese foto o video degli alunni;

autorizzano

non autorizzano

la partecipazione dell'alunno/a.....della classe a riprese video o foto.

b) la scuola può collaborare con la ASL di Viterbo o altre strutture sanitarie autorizzate al fine di promuovere la salute o prevenire patologie negli alunni;

autorizzano

non autorizzano

la partecipazione dell'alunno/aa iniziative straordinarie a carattere sanitario.

DATA

FIRMA dei genitori/tutore/esercente la responsabilità genitoriale

Madre _____

Padre _____

Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori*

****apporre una crocetta sulla voce seguente se è un solo genitore a firmare la dichiarazione***

Dichiaro che la presente autorizzazione è firmato da un solo genitore in quanto unico esercente la responsabilità genitoriale ovvero autorizzato alla presente firma dall'altro genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000.

FIRMA _____