

Mod.A

ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO DELLO STUDENTE Scuola Primaria/Secondaria
(al termine dell'attività scolastica giornaliera e/o nei casi di richiesta di uscita anticipata)

Il/I sottoscritto/i (Cognome e nome)..... telefono
 (Cognome e nome)..... telefono

esercitante/i la potestà genitoriale nei confronti di
 frequentante la classe sezdella Scuola Primaria/Secondaria di

DELEGANO LE SEGUENTI PERSONE A RITIRARE IL PROPRIO FIGLIO/A

(obbligatoria almeno 1 persona delegata, **oltre ai genitori/tutori**; non possono essere delegati minori)

COGNOME NOME	DATA NASCITA	n. DOC. IDENTITA'	GRADO PARENTELA (diversamente crocettare altra persona)	TEL
1 <input type="checkbox"/> Altra persona
2 <input type="checkbox"/> Altra persona
3 <input type="checkbox"/> Altra persona

N.B. allegare copia documento d'identità dei delegati

La presente delega ha valore, salvo revoca scritta, **per i primi 5 anni della scuola primaria e per i 3 anni della scuola secondaria.**

I sottoscritti **prendono atto** che la responsabilità della scuola cessa dal momento in cui lo studente viene affidato alla persona delegata.

Si precisa che in caso di emergenza, se i genitori/tutori dell'alunno non saranno reperibili, la scuola contatterà i nominativi indicati in tabella.

Firma del genitore/i o tutore/i **Data**.....

I dati trasmessi verranno trattati esclusivamente nel rispetto della normativa vigente (art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

Il presente documento, compilato e firmato, dovrà essere restituito ai docenti e conservato nei documenti della classe.

**AUTORIZZAZIONE USCITE TERRITORIO / RIPRESE FOTOGRAFICHE,
COMUNICAZIONE INTOLLERANZE E CONNESSIONE INTERNET**

Il/I sottoscritto/i..... esercente/i la potestà genitoriale
nei confronti di..... frequentante la classe..... sez.....
della Scuola Primaria/Secondaria di.....

AUTORIZZA/NO **NON AUTORIZZA/NO** il/la proprio/a figlio/a ad effettuare **uscite sul territorio comunale** in orario scolastico per le attività didattiche annesse o connesse, organizzate dalla Scuola anche in collaborazione con Enti, Associazioni e Agenzie esterne.

DICHIARA/NO di essere a conoscenza che all'interno della scuola vengono effettuate **riprese video-fotografiche** di alunni, luoghi e situazioni per scopo didattico (foto di classe, audiovisivi didattici, mostre, visite d'istruzione, editoria scolastica e pubblica, contenuti sul sito web della scuola...) e di conseguenza **AUTORIZZA** **NON AUTORIZZA** i docenti della scuola e/o gli operatori esterni, ad effettuare riprese video-fotografiche nelle quali potrebbe comparire l'immagine del/la proprio/a figlio/a.

DICHIARA/NO che il proprio figlio/a

NON SOFFRE DI INTOLLERANZE ALIMENTARI

SOFFRE DELLE SEGUENTI INTOLLERANZE ALIMENTARI:

specificare

COMUNICA/NO

DI ESSERE DOTATI DI UNA CONNESSIONE WEB

Con indirizzo mail

DI NON ESSERE DOTATI DI UNA CONNESSIONE WEB

La presente autorizzazione ha valore, salvo revoca scritta, **per i 5 anni della scuola primaria e per i 3 anni della scuola secondaria.**

Firma del genitore/i o tutore/i **Data**