

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA REALIZZAZIONE DI RIPRESE VIDEOE FOTOGRAFICHE
NELLA SCUOLA
(D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la scuola _____ sez. _____

ai sensi della normativa vigente in materia (D. Lgs. 196/2003 ed anche art. 10 cod. civ. ed artt. 96 e 97 legge 633 del 22.4.1941)

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

la scuola a effettuare e utilizzare video, fotografie o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce del/la proprii __ figli __, in occasione di viaggi, visite d'istruzione e partecipazione ad eventi connessi all'attività didattica da sol __, con i compagni, con insegnanti e operatori scolastici.

La Dirigente Scolastica assicura che le immagini e le riprese audio-video realizzate dalla scuola, nonché gli elaborati prodotti dagli studenti durante le attività scolastiche, potranno essere utilizzati esclusivamente per documentare e divulgare le attività della scuola tramite il sito internet di Istituto o altri siti didattici, pubblicazioni, mostre, corsi di formazione, convegni e altre iniziative promosse dall'Istituto anche in collaborazione con altri enti pubblici.

La presente autorizzazione vieta, altresì, l'uso dei materiali di cui sopra in contesti che ne pregiudichino la dignità personale, il decoro e la sicurezza.

Il/la sottoscritto/a conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Roma, li _____

Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)

(firma estesa)

l sottoscritt _____ all'atto della presentazione della domanda versa la quota di iscrizione (che resta tale anche in caso di recesso per cambio scuola); inoltre si obbliga a versare il contributo mensilmente o trimestrale (entro e non oltre il giorno 5 del mese di settembre, dicembre e marzo), indipendentemente dalla frequenza.

Con la seguente domanda __l__ sottoscritt__

ACCETTA

- Il Piano di Offerta Formativa Triennale dell'Istituto;
- le norme proprie del regolamento scolastico,
- di collaborare significativamente con la scuola nel rispetto dello Statuto degli Organi Collegiali.

Roma, li _____

Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)

(firma estesa)

l sottoscritt _ ai sensi del Decreto Leg.vo 30-06-03, n. 196 e del Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305, autorizza l'Amministrazione Scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati, solo ai fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto.

SUORE CATECHISTE DEL SACRO CUORE

Istituto "MARGHERITA LENZI"

Sc. PARITARIA Primaria (RM1E08200R)

Infanzia - Sez. Primavera (RM1A05600A)

Via Vincenzo Monti,2

Tel. 06 5817657

e-mail : margheritalenzi@gmail.com

sito-web: scuolamargheritalenzi.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

l sottoscritt _____ padre/madre

dell'alunn _____

CHIEDE

l'iscrizione dell__ stess__ per l'anno scolastico ____ / ____ alla classe ____ sez. _____

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA CHE

l bambin_ _____ Cod.Fiscale _____
(cognome e nome)

è nat_ a _____ (prov. _____) il _____

è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ (prov. _____)

Via/piazza _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Proviene dalla scuola _____ dove ha frequentato la classe _____

Lingue straniere studiate _____

Ha frequentato la scuola dell'infanzia sì no

È stat _____ sottopost _____ alle vaccinazioni obbligatorie ai sensi del D.L. 7 giugno 2017 n. 73 convertito dalla Legge 31 luglio 2017 n. 119 sì no

Roma, li _____

Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)

(firma estesa)

NOTIZIE SULLA SITUAZIONE SANITARIA DELL'ALUNNO

ALLERGIE ALIMENTARI: _____ **N.B.** Per gli alunni che usufruiscono della mensa è obbligatorio consegnare il certificato medico in Segreteria

ALLERGIE NON ALIMENTARI / EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE: (es. uso farmaci particolari, insuff. Cardiaca, altre patologie psico-fisiche accertate o in fase di accertamento):

EVENTUALI ALTRE COMUNICAZIONI CHE SI RITENGONO IMPORTANTI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA ED EDUCATIVA:

NULLA DA SEGNALARE

Roma, li _____

Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)

(firma estesa)

DELEGA RITIRO ALUNNO

Il sottoscritt _____ genitore dell'alunn _____

della Scuola _____ Sez. _____

DELEGA

Sotto la propria responsabilità, le seguenti persone a ritirare il/la proprio/a figlio/a all'uscita da scuola, nell'eventualità di non poter venire personalmente:

PERSONE DELEGATE

Nome e Cognome	Grado di parentela o conoscenza
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allega fotocopia carta d'identità del delegante e del delegato.

LA PRESENTE DICHIARAZIONE VALE FINO A REVOCA O RETTIFICA DELLA STESSA DA PARTE DEL/LA SOTTOSCRITTO/A.

Roma, li _____

Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)

(firma estesa)

NOTIZIE AI FINI DELL'ANAGRAFE SCOLASTICA E DEGLI ORGANI COLLEGIALI

Padre _____ nato a _____ il _____

C.F. _____

Titolo di studio _____ Professione _____

residente a _____ (prov. _____)

Via/piazza _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Madre _____ nata a _____ il _____

C.F. _____

Titolo di studio _____ Professione _____

residente a _____ (prov. _____)

Via/piazza _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

ALTRI FIGLI ISCRITTI NELLA STESSA SCUOLA O IN ALTRE SCUOLE

Cognome e nome _____ nat_ il _____

a _____ classe frequentata _____ scuola _____

Cognome e nome _____ nat_ il _____

a _____ classe frequentata _____ scuola _____

Cognome e nome _____ nat_ il _____

a _____ classe frequentata _____ scuola _____

Cognome e nome _____ nat_ il _____

a _____ classe frequentata _____ scuola _____