



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo Statale  
E. Falchetti - Apice



*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado*

Piazza della Sapienza - 82021 APICE (BN) - Tel.-fax- 0824-922063 - C.M. - BNIC81700B  
C.F. 92028910625 - Con sede staccata comune di Paduli (BN) Web - <https://www.icapice.edu.it>

Allegato B

**D.Lgs.n. 196/2003, modificato ed integrato dal D.L.gsn. 101/2018 e del Regolamento UE n. 679/2016**

**Autorizzazione uso foto e video**

Le immagine 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 dell'Istituto, pubblicazioni, mostre, corsi di formazione, seminari, convegni ed altre iniziative promosse dall'istituto anche in collaborazione con altri Enti. I genitori/ tutori confermano di non avere nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare ad ogni diritto derivante da quanto sopra autorizzato. Tutti i trattamenti sono svolti per le finalità proprie delle Istituzioni scolastiche. La presente autorizzazione rimane valida fino alla permanenza dell'alunno nell'istituto ed in relazione ai dati conferiti potranno essere esercitati, in ogni momento i diritti previsti dalla normativa vigente. I genitori dichiarano di aver preso visione dell'informativa alunni e familiari.

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

**Approfondimento della conoscenza dell'alunno - Aspetti della salute dell'alunno**

I sottoscritti genitori informano la scuola che il proprio figlio /a è affetto dai seguenti problemi di salute, allergie, intolleranze alimentari ecc. Si riservano in caso di risposta affermativa di consegnare copia della certificazione medica presso l'Ufficio di segreteria.

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

**Ampliamento dell'offerta formativa - Autorizzazione uscite didattiche**

I sottoscritti genitori autorizzano il proprio figlio/a partecipare alle uscite didattiche in orario curricolare sia mediante l'utilizzo degli scuolabus che a piedi, sollevando gli accompagnatori da qualsiasi responsabilità eccezion fatta per quelle derivanti dagli obblighi di vigilanza

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Approfondimento della conoscenza dell'alunno – Esonero dalle attività motorie**

I sottoscritti genitori chiedono di esonerare il proprio figlio /a da tutte le attività motorie svolte in ambito scolastico. Si riservano in caso di risposta affermativa di consegnare copia della certificazione medica presso l'Ufficio di segreteria.

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Minore età degli alunni – Delega per il ritiro degli alunni**

I sottoscritti genitori autorizzano ,oltre agli esercenti la patria potestà, le persone di seguito indicate , per la custodia del proprio figlio/a, in caso di uscita anticipata o al termine delle lezioni. Copia dei documenti di riconoscimento delle persone delegate saranno consegnate presso l' Ufficio di segreteria

Cognome - Nome \_\_\_\_\_

Cpgnose – Nome \_\_\_\_\_

Cognome - Nome \_\_\_\_\_

Cpgnose – Nome \_\_\_\_\_

Cognome - Nome \_\_\_\_\_

Cpgnose – Nome \_\_\_\_\_

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Somministrazione di terapie - Autorizzazione ingresso posticipato**

I sottoscritti genitori chiedono di autorizzare l'ingresso posticipato del proprio figlio/a nei giorni e negli orari di seguito indicati a causa di somministrazione di farmaci o svolgimento di terapie. Copia della certificazione medica sarà consegnata presso l'Ufficio di segreteria

Ingresso posticipato giorno..... ora..... mese/si di .....

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

### Somministrazione di terapie - Autorizzazione uscita anticipata

I sottoscritti genitori chiedono di autorizzare l'uscita anticipata del proprio figlio/a nei giorni e negli orari di seguito indicati a causa di somministrazione di farmaci o svolgimento di terapie. Copia della certificazione medica sarà consegnata presso l'Ufficio di segreteria

Uscita anticipata giorno.....ora.....mese/ si di .....

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

---

**Persone da contattare in caso di necessità – numeri di telefono**

I sottoscritti genitori autorizzano ,in caso di necessità a contattare oltre gli esercenti la patria potestà, le persone di seguito indicate:

Cognome - Nome \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Cpgnose – Nome \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Cognome - Nome \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Cpgnose – Nome \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Approfondimento della conoscenza dell'alunno – Somministrazione farmaci in ambito scolastico**

I sottoscritti genitori chiedono, previa autorizzazione del medico curante, che al proprio figlio/a vengano somministrati farmaci in ambito scolastico. Si riservano in caso di risposta affermativa di consegnare copia della certificazione medica presso l'Ufficio di segreteria e di seguire le modalità previste dal protocollo della scuola

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Obbligo vaccinale previsto dalla Legge 119/2017**

I sottoscritti genitori dichiarano di aver sottoposto il proprio figlio/a alle vaccinazioni previste dalla normativa vigente e delle quali consegnano copia della documentazione presso l'Ufficio di segreteria. Si riservano periodicamente di aggiornare la documentazione inerente le vaccinazioni effettuate

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Richiesta servizio mensa scolastica comunale**

I sottoscritti genitori chiedono che il proprio figlio/a usufruisca, in base alle tariffe comunali, del servizio della mensa scolastica organizzato e gestito dal Comune

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....

**Richiesta servizio trasporto scolastico comunale ( solo Comune di Apice )**

I sottoscritti genitori chiedono che il proprio figlio/a usufruisca, in base alle tariffe comunali, del servizio di trasporto scolastico organizzato e gestito dal Comune

INDICARE      SI     NO

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....