

**Modulo per autorizzazioni e deleghe per l'anno scolastico 2018-19**

ALUNNO: \_\_\_\_\_ SEZIONE: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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

Publicazione su <b>supporto cartaceo</b> (giornali, riviste...)	<input type="checkbox"/> autorizza	<input type="checkbox"/> non autorizza
<b>web</b> Publicazione sul sito internet della scuola, sul profilo facebook della scuola, su siti internet di enti – associazioni con finalità educative, formative	<input type="checkbox"/> autorizza	<input type="checkbox"/> non autorizza

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 2018/19

### **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.

### **4) DELEGA PER IL RITIRO DELL'ALUNNO AL MOMENTO DELL'USCITA**

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

#### **AUTORIZZA**

per l'a.s. 2018/19, le insegnanti di sezione ad affidare il proprio figlio/la propria figlia alle seguenti persone (indicare cognome e nome)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Allega fotocopia della carta di identità delle persone delegate e dichiara di aver letto quanto segue:

Si può non allegare la fotocopia in caso di conoscenza diretta delle persone delegate da parte degli insegnanti della classe.

Dal momento in cui il bambino sarà affidato alle persone sopraindicate, la scuola non sarà più responsabile dell'alunno.

Si sottolinea che quanto richiesto è finalizzato alla tutela del minore.

INDICARE TUTTI I NUMERI TELEFONICI RITENUTI UTILI IN ORDINE DI PRIORITA' SPECIFICANDO A CHI APPARTENGONO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per

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

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

**3) AUTORIZZAZIONE VISITE MEDICHE**

**4) DELEGA PER IL RITIRO DELL'ALUNNO AL MOMENTO DELL'USCITA**

**Firma di entrambi i genitori**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma di un solo genitore**

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

\_\_\_\_\_