

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

esercente/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			 ☐ Altra persona	
2			 ☐ Altra persona	
3			 ☐ Altra persona	

N.B. allegare copia documento d'identità dei delegatiLa 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**