

**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 ..... sez .....della 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.*

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 .....