Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico I.C. San Francesco di Paola - Messina**

**Consenso alla pubblicazione e all’utilizzazione di nomi, immagini, registrazioni audio/video e artefatti di produzione del minore, nonché all’esercizio di attività di screening medico/diagnostico, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018)**

**Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la potestà genitoriale in qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| **Padre** |  |
| **Madre**  |  |
| **Tutore**  |  |

**Dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

*(recapiti telefonici dei dichiaranti)*

**Rilasciano il consenso:  SI  NO ( barrare con una crocetta l’opzione)**

**La parte che segue sarà tenuta in considerazione solo nel caso in cui alla precedente opzione sia stata data risposta affermativa (SI)**

**A U T O R I Z Z I A M O**

L’Istituto Comprensivo a realizzare e diffondere esclusivamente sui siti istituzionali produzione didattica, testi, disegni, elaborati, fotografie, video, CD, DVD, materiale audiovisivo, contenenti l’immagine, il nome e la voce del/della proprio/a figlio/a, nel contesto di attività educative e didattiche e/o manifestazioni a conclusione di attività curriculare, laboratori pomeridiani, progetti curriculari di arricchimento dell’offerta formativa/ fondi strutturali, ecc..

**A U T O R I Z Z I A M O**

L’Istituto Comprensivo ad utilizzare a scopo documentaristico, didattico e scientifico e senza fini di lucro in qualunque forma o modo, senza limitazioni di spazio e di tempo e senza compenso, l’immagine, la voce, gli artefatti (disegni, cartelloni, poesie, lavori didattici, nelle forme comunque volte a documentare e valorizzare l’attività svolta) del suddetto minore anche, se del caso, mediante riduzioni o adattamenti. A tutela della privacy, il nome del minore non verrà divulgato in alcun contesto e, ai fini delle suddette attività, verrà utilizzato uno pseudonimo. Dichiariamo di non pretendere nulla in termini di compenso o di diritti di utilizzazione economica relativi alle opere dell’ingegno realizzate. La presente autorizzazione si intende valida per tutto il periodo di iscrizione dell’alunno presso l’Istituto.

**A U T O R I Z Z I A M O**

L’istituto a svolgere attività di screening medico/diagnostico, consistente in una rilevazione di natura psico-pedagogica e medica finalizzata al miglioramento dell’apprendimento scolastico e al benessere psicofisico.

**Si dichiara di aver preso visione del:**

* **informativa sul trattamento dei dati personali degli studenti e dei genitori consultabile sul sito web**
* **Patto di corresponsabilità consultabile sul sito web**

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".* *Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell’istituzione scolastica sia stata condivisa.*

**Firme di autocertificazione**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_