



ISTITUTO COMPRENSIVO "N. BOTTA"

Via E. Fermi 4, 90015 Cefalù (PA) – Tel. 0921 421242

Mail: paic8aj008@istruzione.it PEC: paic8aj008@pec.istruzione.it

Codice fiscale: 82000590826 - Codice meccanografico: PAIC8AJ008

Alla Dirigente Scolastica dell'I. C. "N. Botta"

OGGETTO: DICHIARAZIONI GENITORI A.S. 2021-22

Io sottoscritto _____ C.F. _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____ n. _____

nonché
lo sottoscritto _____ C.F. _____

nata a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____ n. _____

in qualità di: genitori tutori soggetti affidatari di _____

nato/a il ___/___/20___ a _____ frequentante la classe _____ sez. _____

Plesso: Borsellino Falcone Loi Botta Gratteri Porpora Spinuzza

DICHIARANO

di essere a **conoscenza dell'orario di funzionamento** della scuola, di impegnarsi a rispettarlo e a giustificare di volta in volta eventuali ed eccezionali ritardi, di impegnarsi a chiedere l'autorizzazione del Dirigente Scolastico o suo delegato per eventuali ed eccezionali uscite anticipate.

di **autorizzare la/il propria/o figlia/o a partecipare alle attività interne ed esterne dei progetti del POTF**, alla sperimentazione e ricerca didattica, alle rilevazioni INVALSI, alle attività di promozione delle arti visive e del teatro, alle escursioni e visite guidate nell'ambito del territorio comunale, a qualsiasi altra attività o manifestazione deliberata dalla scuola, riservandosi di comunicare l'adesione di volta in volta al docente coordinatore della classe.

di delegare per l'accompagnamento casa-scuola e viceversa i signori:

1. cognome.....nome.....
data di nascita.....(allegare fotocopia del documento d'identità);
2. cognome.....nome.....
data di nascita.....(allegare fotocopia del documento d'identità)

Firma del Padre _____

Firma della Madre _____

DICHIARAZIONE ALLERGIE E INTOLLERANZE E/O PATOLOGIE CRONICHE

COMUNICA CHE LA /IL PROPRI_ FIGLI_:

non è affett_ da allergie e/o intolleranze; presenta le seguenti allergie e/o intolleranze

non è affett_ da patologie croniche; presenta le seguenti patologie croniche:

Eventuali altre informazioni utili da segnalare e/o certificati medici allegati alla presente dichiarazione:

TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E/O RIPRESE VIDEO PER LA PUBBLICAZIONE DELLE IMMAGINI, NOMI E VOCI DEI MINORI (D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

AUTORIZZANO

l’Istituto Comprensivo “Nicola Botta” di Cefalù, per l’anno scolastico 2020/2021 a realizzare, nell’ambito delle attività del PTOF, foto e/o video o altri materiali audiovisivi contenenti l’immagine, il nome e la voce del/la proprio/a figlio/a e a divulgare, in assoluto anonimato, sul sito dell’Istituto il materiale (foto/video) inerente l’attività di cui sopra.

DICHIARANO

- di essere consapevoli che l’Istituto non trarrà alcun guadagno economico da tale pubblicazione;
- di essere consapevoli che l’Istituto non utilizzerà il materiale realizzato per fini diversi da quanto autorizzato.

Firma del Padre _____

Firma della Madre _____

recapiti telefonici: MADRE.PADRE

indirizzo e-mail per ricevere le comunicazioni della scuola:.....@.....

Si attesta di aver preso visione dell’informativa ai sensi dell’art. 13 del GDPR disponibile in Segreteria o nel sito web dell’Istituto.

Luogo Data

In Fede i genitori o chi ne fa le veci

.....
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

Firma del genitore