Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Giulio Cesare"
Savignano sul Rubicone

AUTORIZZAZIONE FOTO DI CLASSE

La sottoscritta _____

Il Sottoscritto _____

Genitori / Tutori Legali dell'alunno/a_____

Frequentante la scuola dell' Infanzia/Primaria/Sec. 1° grado_____

Classe_____ sez. _____

☐ **AUTORIZZANO**

☐ **NON AUTORIZZANO**

la realizzazione della foto di classe/sezione, frequentata dal proprio figlio/a_____,
da parte di un genitore della stessa classe/sezione _____ o da un fotografo autorizzato_____

A tutela della privacy, il nome del minore non verrà divulgato in alcun contesto e il cui trattamento sarà parimenti soggetto alla normativa di cui al D.L. 196/03 e successive modifiche.

Savignano sul Rubicone, _____

FIRMA DI <u>ENTRAMBI</u> I GENITORI _____

<u>SE LA FIRMA SOVRASTANTE E' DI UN SOLO GENITORE COMPILARE E FIRMARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE</u>

Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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.

Savignano sul Rubicone, _____ FIRMA DEL GENITORE _____