

Oggetto: Autorizzazione uscite didattiche e visite guidate sul territorio. Anno Scolastico ____/____.

I sottoscritti _____
Genitori dell'alunn _____ frequentante la classe _____ Scuola _____ di codesto
Istituto Comprensivo;

AUTORIZZANO

Il/la propri _____ figli _____ ad effettuare, per A.S. ____/____, uscite didattiche e visite guidate, attinenti l'attività didattica,
nell'ambito del territorio.

Augusta, _____ Firme dei genitori _____
(Padre) (Madre)

Al Dirigente Scolastico del 3° I.C. S. Todaro
Augusta

Oggetto: Acquisizione del consenso dei genitori nel trattamento dei dati Personali (decreto legislativo n. 196/2003)- Anno
Scolastico ____/____.

I sottoscritti _____
Genitori dell'alunn _____
frequentante la classe _____ Scuola(*) _____ di codesto Istituto Comprensivo

A) **Dichiarano** di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm. ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa;

B) **Autorizzano** la scuola al trattamento dei dati personali e sensibili in modo strettamente correlato con i fini istituzionali per l'erogazione dei servizi connessi all'istruzione e alla formazione (art. 18 comma 2 – Capo II Decreto Leg. 30/06/2003 n° 196);

C) **Autorizzano** **Non Autorizzano** la scuola ad utilizzare dati, fotografie, riprese immagini e suoni relativi ad attività scolastiche ed extrascolastiche ad uso esclusivamente didattico in varie forme (es. partecipazione a concorsi, pubblicazione sul sito Internet della scuola, realizzazione di CD e videocassette, giornalino scolastico, ecc...), sempre nel rispetto di tutte le disposizioni applicabili dal predetto Codice.

Augusta, _____ Firme dei genitori _____
(Padre) (Madre)

Al Dirigente Scolastico del 3° I.C.Todaro
Augusta

Oggetto: Segnalazione allergie-intolleranze alimentari-malattie metaboliche-Anno Scolastico ____/____.

I sottoscritti _____
Genitori dell'alunn _____
frequentante la classe _____ Scuola(*) _____ di codesto Istituto Comprensivo dichiarano che
il proprio figlio/a:

- Non è affetto da nessuna** allergia-intolleranza alimentare-malattia metabolica;
- Allergia/intolleranza alimentare** _____,
di cui allega certificazione medica rilasciata da _____
- Malattia metabolica** _____,
di cui allega certificazione medica rilasciata da _____
- Altro** (specificare) _____

Alimenti da eliminare _____

Alimenti consentiti _____

Ulteriori informazioni utili _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm. ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Augusta, _____ Firme dei genitori _____
(Padre) (Madre)