

ISTITUTO COMPRENSIVO L. STRENTA TONGIORGI
 Via O. Gentileschi, 10 - 56123 PISA (PI)
 C.M. PIIC83300V - C.F. 93049560506 - Codice Univoco (UF4YP3)
 Tel. +39 050 560094 - Fax +39 050 8310162
 E-mail piic83300v@istruzione.it - PEC piic83300v@pec.istruzione.it

I sottoscritti _____ C.F. _____

e _____ C.F. _____

☐ genitori ☐ tutori ☐ _____ dell'alunno/a _____

nato/a a _____ (____), il ____/____/20____, residente nel Comune

di _____ (____), via/p.zza _____

n. _____, C.F. _____ iscritto/a per l'A.S. 20____/20____ alla:

☐ Classe _____ della Scuola ☐ Primaria _____

☐ Secondaria I° grado Mazzini

☐ Sezione di Infanzia _____ Scuola _____

consapevoli delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, unitamente

D I C H I A R A N O

- 1) di aver preso visione degli orari scolastici per l'A.S. 20____/20____
- 2) a titolo informativo, che il/la proprio/a figlio/a usufruirà del servizio ☐ Mensa ☐ Scuolabus ☐ Pedibus ☐ Pre/Post-Scuola (se disponibile)
- 3) di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy, disponibile sul sito WEB dell'Istituto, e di accettarla integralmente, di averla sottoscritta e consegnata ai coordinatori di classe.

- 4) che il/la proprio/a figlio/a non è affetto/a da patologie e/o allergie che richiedono la segnalazione all'Istituto, ovvero che è affetto/a dalle seguenti patologie e/o allergie: _____

_____ che richiedono, se necessario, la somministrazione dei seguenti farmaci salvavita _____ . A tale scopo:

- **ALLEGANO** la relativa prescrizione medica (*timbrata e firmata in originale dal Pediatra*), con specifiche indicazioni terapeutiche e posologia, anche in caso di uscite didattiche e viaggi di istruzione
- **AUTORIZZANO** il personale Docente e/o ATA, individuato dal DS, alla relativa somministrazione in caso di necessità

- 5) che il/la proprio/a figlio/a non rientra tra gli alunni con Bisogni Educativi Speciali (**BES**)¹, ovvero che _____

di cui si allega: _____

chiedendo che _____

- 6) di essere ☐ sposati ☐ conviventi ☐ separati ☐ divorziati ☐ altro _____ e che entrambi

i soggetti ne hanno ☐ la responsabilità genitoriale ☐ l'affido condiviso, ovvero che il ☐ genitore ☐ tutore/altro _____

_____ ne ha la patria potestà esclusiva in virtù di _____

_____ , di cui si allega copia alla presente, specificando che _____

¹ Con riferimento al **Piano Annuale per l'Inclusione**, disponibile sul sito WEB dell'Istituto, di cui alla Circ. Min. n. 8/2013 e Dir. Min. 27/12/2013. **Indicare la presenza di:** Disabilità Certificate (Legge 104/92 art. 3, commi 1 e 3); Disturbi evolutivi specifici (*DSA, ADHD/DOP, Borderline cognitivo, altro*); Svantaggio Socio-economico, Linguistico-culturale, Disagio comportamentale/relazionale; Altro

7) di voler essere contattati ai seguenti indirizzi e-mail: _____
_____, in caso di necessità/emergenza, ai seguenti recapiti telefonici:
_____.

AUTORIZZANO

- a) il/la proprio/a figlio/a a partecipare a tutte le uscite sul territorio² e alle visite guidate di durata massima di giorni uno: otto giorni prima della data prevista per l'attività, a solo titolo di promemoria, sarà data formale comunicazione alle famiglie tramite apposita nota, da restituire firmata entro cinque giorni dalla data prevista per l'attività, sul diario (Primaria e secondaria) o su altro mezzo scritto per l'Infanzia;
- b) il/la proprio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività didattiche deliberate dagli OO.CC. che si svolgono nei vari Plessi, anche diversi da quello normalmente frequentato, comprese quelle in area esterna (giardino, area antistante il Plesso, ecc.), escluso: _____, per le seguenti motivazioni: _____
- c) i sottoelencati soggetti a prelevare il/la proprio/a figlio/a da Scuola, senza particolari formalità o preavviso, o verifica da parte dell'Istituto: _____

COGNOME	NOME	TIPO - n° DOCUMENTO	RILASCIATO DA / IL	Firma del delegato per accettazione incarico

- d) i sottoelencati soggetti a prelevare il/la proprio/a figlio/a da Scuola, previa autorizzazione giornaliera scritta o, in via del tutto eccezionale e in casi di estrema necessità, mediante autorizzazione telefonica:

COGNOME	NOME	TIPO - n° DOCUMENTO	RILASCIATO DA / IL	Firma del delegato per accettazione incarico

- e) l'Istituto al trattamento dei propri dati personali, nonché di quelli del/la proprio/a figlio/a, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., tenuto conto di quanto dichiarato e autorizzato al punto 5) di cui sopra – L'informativa completa è disponibile sul sito WEB dell'Istituto;
- f) a comunicare i propri recapiti telefonici e caselle e-mail ai Rappresentanti dei genitori degli OO.CC. e del Consiglio di Istituto.

Pisa, _____ / _____ / 20 _____

Per lettura, comprensione espressa e totale accettazione dei punti 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9) e a), b), c), d), e).

Sig. _____ Sig. _____

Doc. Id. _____ n° _____ Doc. Id. _____ n° _____

Rilasc. da _____ il ____ / ____ / ____ Rilasc. da _____ il ____ / ____ / ____

Firma per esteso e

Firma per esteso e

Stampare F/R e allegare le copie fotostatiche fronte/retro del Doc. di Identità di ciascuno dei Dichiaranti e dei Soggetti Delegati a prelevare

² Quelle a piedi e/o con Scuolabus nell'ambito del Comune (ad es. per recarsi a Teatro, Musei, altri Plessi, Palestra, ecc.)

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO
(ALUNNO O GENITORE/TUTORE)**

I SOTTOSCRITTI:

NOME _____ COGNOME _____
NOME _____ COGNOME _____
(GENITORI E/O TUTORI)

DELL'ALUNNO/A _____
NATO/A IL _____ A _____
FREQUENTANTE LA CLASSE _____ A.S. _____
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "L. S. Tongiorgi"
VIA Gentileschi 10 Pisa

RICEVUTA L'INFORMATIVA DI CUI AL **REGOLAMENTO EUROPEO PRIVACY** 2016/679
(REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

ESPRIMONO IL CONSENSO (SI RICORDA CHE E' INDISPENSABILE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA PER LE PRIME 3 OPZIONI)

ALLA COMUNICAZIONE A PRIVATI E/O ENTI PUBBLICI ECONOMICI, ANCHE PER VIA TELEMATICA, DEI DATI PERSONALI (NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA, INDIRIZZO, NUMERO TELEFONICO) RELATIVI AL PROPRIO/A FIGLIO/A, DIVERSI DA QUELLI SENSIBILI O GIUDIZIARI, PERTINENTI ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI O AD ATTIVITÀ AD ESSA STRUMENTALI.

LA COMUNICAZIONE DEI DATI POTRÀ AVVENIRE:

OPZIONI INDISPENSABILI PER L'ATTIVITA' DIDATTICA:

1. A COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE CON CUI L'ISTITUTO ABBIA STIPULATO EVENTUALI POLIZZE;
2. AD AGENZIE DI VIAGGIO E/O STRUTTURE ALBERGHIERE E/O ENTI GESTORI DI ACCESSI AI MUSEI, LIBRERIE, GALLERIE E/O MONUMENTI O FIERE IN OCCASIONE DI VISITE GUIDATE E VIAGGI DI ISTRUZIONE;
3. A COMPAGNIE TEATRALI O ENTI ACCREDITATI PER LA GESTIONE DI CORSI ANCHE DI AGGIORNAMENTO, IN OCCASIONE DI SPETTACOLI E/O ATTIVITÀ INTEGRATIVE CHE COINVOLGONO GLI ALLIEVI E/O IL PERSONALE DELLA SCUOLA;

OPZIONI FACOLTATIVE (SI RICORDA CHE IL MANCATO CONSENSO O CONSENSO NEGATIVO PRIVA GLI ALUNNI DELLA POSSIBILITÀ DI ACCEDERE AD EVENTUALI ATTIVITÀ, COME AD ESEMPIO LA FOTO DI CLASSE)

4. A IMPRESE, DITTE O STUDI PROFESSIONALI IN OCCASIONE DI STAGE O ESPERIENZE DI ALTERNANZA SCUOLA – LAVORO; **SI ☐ NO ☐**
5. DURANTE L'ESECUZIONE DI FOTO DA PARTE DI PRIVATI-STUDI FOTOGRAFICI E/O RIPRESE ALL'ALUNNO/A A SE STESSO/A PER MOTIVI DIDATTICI E/O PER PUBBLICAZIONE SU STAMPA E/O SUL SITO DELL'ISTITUTO INTERNET; **SI ☐ NO ☐**
6. AGLI ADDETTI ALLA MENSA/DOCENTI. ACCOMPAGNATORI (OPERATORI CUCINA – OPERATORI DISTRIBUZIONE PASTI – DOCENTI ACCOMPAGNATORI) RELATIVAMENTE A DETTAGLI/SPECIFICHE DI PASTI (ALLERGIE – CIBI/BEVANDE NON GRADITE).
SI ☐ NO ☐

TALI DATI SARANNO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE IN RELAZIONE ALLE
PREDETTE FINALITÀ.

**IL 'MANCATO CONSENSO' DI UNA O PIU' AUTORIZZAZIONI PRIVA
L'INTERESSATO DELLO/DEGLI SPECIFICO/I SERVIZIO/I.**

IN FEDE
PER RICEZIONE EPRESA VISIONE
(PADRE)

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(MADRE)

Firma _____

Firma _____

