

I sottoscritti, in qualità di **rappresentanti dei genitori** degli alunni frequentanti la classe/i o sezz. _____ della Scuola _____ del Plesso _____, a nome dei genitori, **chiedono** che il fotografo/l'operatore di ripresa Sig./Sig.ra _____ possa effettuare foto ricordo/riprese video, all'interno dei locali scolastici, per gli alunni della classe/sezione _____ del Plesso _____, nei giorni e negli orari concordati con i docenti di classe, come da dettaglio che segue:

Data _____ dalle ore _____ classe _____

Data _____ dalle ore _____ classe _____

Consapevole che il Regolamento UE 679/2016 ed il D.Lgs 196/2003 prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e quindi dell'immagine, precisa che le foto/video sono destinate a finalità puramente personali e familiari e ritrarranno esclusivamente gli alunni i cui genitori hanno prestato il loro consenso nell' **allegato 1**. I genitori che riceveranno copia delle foto si impegnano ad un uso responsabile delle stesse, consapevoli che qualsiasi uso non legittimo delle stesse sarà a loro esclusivamente ascrivibile, senza alcuna responsabilità della scuola.

Firma rappresentanti dei genitori di classe e/o sezione:

Cognome e nome	Firma
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Il sottoscritto _____, in qualità di fotografo/operatore di ripresa designato per il giorno _____, alle ore _____, presso _____, dichiara che svilupperà la sua attività nella più scrupolosa osservanza delle norme sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e 679/2016 RGPD, fornendo le dovute informative ai genitori degli alunni della/e classe/i o sezz. _____ della Scuola _____ del Plesso _____, e acquisendo dagli stessi i relativi consensi.

Pertanto, il sottoscritto:

- si impegna a non utilizzare ad altri fini il materiale di cui verrà in possesso ed a non riprendere ambienti scolastici e/o persone presenti che non riguardano l'iniziativa per la quale è stato autorizzato;
- chiede autorizzazione a poter effettuare foto e/o riprese video;
- precisa che nessun onere sarà a carico di Codesto Istituto per la suddetta attività;
- opererà in modo da non recare disturbo al regolare svolgimento delle attività didattiche e in conformità ai principi di correttezza e di tutela della riservatezza.

Matera, _____

Firma Operatore

Vista la richiesta: SI concede NON si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof. ssa Arcangela PAOLICELLI

AUTORIZZAZIONE FOTO RICORDO

ELENCO ALUNNI CLASSE/SEZ. _____ a.s. _____

Fotografo: _____ DATA _____

N.	ALUNNI (Cognome e Nome)	SI/NO	AUTORIZZAZIONE SCATTO (Cognome, Nome e Firma genitore)*	DICHIARA concordanza parere con altro titolare di responsabilità genitoriale (artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile) (FIRMA GENITORE) *
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

** Nel caso sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile).*