

**AUTORIZZAZIONE A FOTO, RIPRESE VIDEO E COLLABORAZIONE CON LA ASL**

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale

Madre .....

Padre .....

firmando la presente sezione, dichiarano di essere a conoscenza che:

**a)** nell'ambito delle attività didattiche, uscite didattiche, viaggi di istruzione, eventi e manifestazioni culturali e sportive possono essere effettuate riprese foto o video degli alunni;

**autorizzano**

**non autorizzano**

la partecipazione dell'alunno/a .....della classe a riprese video o foto.

**b)** la scuola può collaborare con la ASL di Viterbo o altre strutture sanitarie autorizzate al fine di promuovere la salute o prevenire patologie negli alunni;

**autorizzano**

**non autorizzano**

la partecipazione dell'alunno/a .....a iniziative straordinarie a carattere sanitario.

**DATA**

***FIRMA dei genitori/tutore/esercente la responsabilità genitoriale***

***Madre*** \_\_\_\_\_

***Padre*** \_\_\_\_\_

**Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori\***

***\*apporre una crocetta sulla voce seguente se è un solo genitore a firmare la dichiarazione***

***Dichiaro che la presente autorizzazione è firmato da un solo genitore in quanto unico esercente la responsabilità genitoriale ovvero autorizzato alla presente firma dall'altro genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000.***

***FIRMA*** \_\_\_\_\_