



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA  
Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)  
Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF  
Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596  
Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it  
Sito Web: <https://icmedicina.edu.it>

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. di Medicina

### **AUTORIZZAZIONE ALL'USO DELLE IMMAGINI/VIDEO/AUDIO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

in qualità di genitori/ tutori del minore \_\_\_\_\_

iscritto presso la scuola "G. Simoni" classe \_\_\_\_\_ per l' a.s. 2021/2022

#### **PRENDE VISIONE**

Che l'Istituto Comprensivo di Medicina realizza ed utilizza fotografie, audio, video o altri documenti contenenti l'immagine, il nome e la voce di mio/a figlio/a, nell'ambito di attività educative e didattiche contenute nel **PTOF** (comprese le visite guidate e i viaggi di istruzione), **per scopi documentativi, formativi e informativi**, durante tutto il periodo in cui mio/a figlio/a risulterà iscritto alla scuola;

---

**(BARRARE UNA CASELLA)**

- AUTORIZZA**  
 **NON AUTORIZZA**

l'Istituto Comprensivo di Medicina affinché Le immagini e le registrazioni audio-video realizzate dalla scuola o dagli esperti, nonché gli elaborati espressivi/creativi prodotti dallo studente durante le attività scolastiche, siano utilizzati per documentare e divulgare le attività della scuola tramite il **SITO WEB dell'Istituto**;

- 
- AUTORIZZA**  
 **NON AUTORIZZA**

l'Istituto Comprensivo di Medicina in merito alle pubblicazioni di **articoli, brochure, locandine**, poster contenenti l'immagine, il nome e la voce di mio/a figlio/a che saranno utilizzati per documentare e divulgare le attività della scuola per fini promulgativi e/o pubblicitari

- 
- AUTORIZZA**  
 **NON AUTORIZZA**



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA  
Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)  
Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF  
Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596  
Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it

Sito Web: <https://icmedicina.edu.it>

l'Istituto Comprensivo di Medicina affinché Le immagini e le registrazioni audio-video realizzate dalla scuola o dagli esperti **siano utilizzate per documentare e divulgare** attività della scuola quali: saggi, mostre, concorsi, corsi di formazione, seminari, convegni e iniziative promosse dall'Istituto anche in collaborazione con altri Enti.

- AUTORIZZA**
- NON AUTORIZZA**

Inoltre, che **nostro/a figlio/a utilizzi l'accesso a internet a scuola in presenza di insegnanti** (o personale specializzato) che prenderanno tutte le precauzioni per garantire che gli studenti non accedano a materiale non adeguato.

**N.B.:** La presente autorizzazione NON consente l'uso dei documenti di cui sopra in contesti che pregiudichino la dignità ed il decoro delle persone e comunque per usi e fini diversi da quelli sopra indicati  
e

#### DICHIARIAMO INOLTRE

**Di aver preso visione**

che qualora vengano acquisite, a titolo di "ricordo", immagini e/o riprese video dalla scuola ne è VIETATA LA PUBBLICAZIONE E LA DIFFUSIONE (in qualsiasi forma) a meno di avere ottenuto il consenso esplicito e diretto con apposita firma di o per tutte le persone presenti nei video o nelle foto.

**Di aver preso visione**

che i genitori non sono autorizzati a realizzare riprese audio e video, nonché fotografie in classe o nei locali della scuola durante le normali attività scolastiche o in incontri, colloqui, assemblee.

Di aver **preso visione** dell'informativa di cui all'art.13 del GDPR 679/16 e relativi allegati, i quali sono pubblicati all'albo **dell'istituzione scolastica**, oppure sul sito web del medesimo.

La presente dichiarazione sarà valida per tutti gli anni in cui l'alunno/a frequenterà la scuola sec. di I grado, salvo diverse disposizioni che potranno essere comunicate successivamente.

Le riprese audio/video verranno conservate dall'istituto Scolastico per l'intero ciclo scolastico dell'alunno per tutte le finalità sopra indicate.

Per ulteriori informazioni: [www.miur.gov.it/web/quest/privacy-tra-i-banchi-di-scuola](http://www.miur.gov.it/web/quest/privacy-tra-i-banchi-di-scuola)

Medicina, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(padre) (madre)

In caso di firma di un solo Genitore/tutore/affidatario: "Il/La sottoscritto/a, 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 245/2000, 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."

Medicina, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_