AUTORIZZAZIONE FOTO RICORDO

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

Fotografo: _____ DATA _____

I sottoscritti genitori

AUTORIZZANO

il fotografo sopra indicato a ritrarre il/la proprio/a figlio/a nelle foto di classe e individuali che verranno realizzate il giorno _____ presso i locali scolastici

DICHIARANO

- di essere informati che le foto verranno realizzate esclusivamente per fini personali e familiari;
- di essere consapevoli che le foto potranno ritrarre il/la proprio/a figlio/a insieme ai compagni di classe;
- di impegnarsi ad utilizzare le foto esclusivamente in ambito familiare;
- di essere a conoscenza del divieto di diffusione delle foto su internet o sui social media;
- di essere consapevoli che la violazione di tale divieto comporterà la loro esclusiva responsabilità;
- di essere consapevoli che l'istituzione scolastica si limita a consentire l'accesso ai locali e non ha alcuna responsabilità sul trattamento delle immagini da parte del fotografo.

N.	Cognome e Nome ALUNNI	SI/NO	NOME E COGNOME GENITORE	FIRMA DEL GENITORE PER AUTORIZZAZIONE
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				