

**AUTORIZZAZIONE FOTO DI CLASSE**  
**( da Consegnare al Fotografo scelto dagli studenti)**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_, classe/sezione \_\_\_\_\_  
scuola/plesso \_\_\_\_\_

☐ autorizzano

☐ non autorizzano

lo scatto del fotografo individuato dai Rappresentanti di Istituto per la realizzazione della foto ricordo di classe ad uso non didattico.

Le immagini raccolte/consegnate **non sono destinate a diffusione**, ma raccolte per fini personali e destinate ad un ambito familiare o amicale. L'eventuale pubblicazione, senza adeguato consenso, costituisce violazione della normativa vigente.

Luogo, Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*In caso di un solo genitore firmatario

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta 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.

Firma \_\_\_\_\_