



ISTITUTO CO ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIE E SECONDARIE DI I GRADO
Via Gramsci, 37 - 47035 GAMBETTOLA (FC) Tel. 0547 657874 Fax: 0547 56771
Codice Meccanografico: FOIC81500Q - Codice Fiscale: 90041230401
E-mail: foic81500q@istruzione.it; foic81500q@pec.istruzione.it
Sito Scuola: www.scuolegambettola.edu.it

Oggetto: informativa relativa all'acquisizione di immagini e filmati.

In osservanza a quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, La informiamo che in occasione delle attività di seguito elencate, svolte nell'ambito dell'offerta formativa proposta dall'Istituzione Scolastica, possono essere effettuate fotografie e riprese filmate di suo/a figlio/a al solo scopo di documentare l'attività svolta.

Attività contemplate

- Competizioni sportive
- Attività ricreative
- Momenti conclusivi di attività didattiche e progetti
- Uscite didattiche e visite guidate
- Documentazione di attività previste nel P.O.F.

Tipo di trattamento

- Acquisizione immagini fotografiche (su carta e digitali)
- Acquisizione filmati (analogici e digitali)
- Archiviazione
- Esposizione interna all'Istituzione Scolastica
- Visione all'interno delle classi.

Finalità del trattamento

- Documentazione attività svolta
- Attività di socializzazione in occasione della visione della documentazione all'interno delle classi interessate all'attività

Modalità del trattamento

- Il trattamento sarà effettuato con l'ausilio di moderni sistemi informatici e ad opera di soggetti a ciò appositamente incaricati.

Ambito di comunicazione e diffusione

- I dati in oggetto (foto e filmati) potranno essere messi a disposizione dei genitori degli alunni.
- Divulgazione all'esterno dell'Istituto a scopo didattico.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati in oggetto NON è per Lei obbligatorio.

In ogni caso Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7/8/9 e 10 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, rivolgendosi al titolare del trattamento.

Titolare del trattamento Dott.ssa Francesca Angelini

Responsabile del trattamento Dott. ssa Manuela Guiducci

Firma del Titolare
(Dott.ssa Francesca Angelini)

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Firma del genitore o di chi esercita la potestà

N.B.: Si prende atto che cambiamenti alla scelta operata sono da comunicare a questo ufficio all'inizio di ogni anno scolastico, altrimenti il consenso sarà ritenuto valido per tutto il ciclo dell'ordine di scuola a cui suo/a figlio/a è iscritto/a.

ALUNNO/A _____ CLASSE _____ Plesso _____