



Liceo Scientifico Statale “Leonardo”
liceo artistico - liceo linguistico
liceo scientifico delle scienze applicate

Via F. Balestrieri, 6 - 25124 Brescia

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF. MASSIMO COSENTINO

Il/la sottoscritt_ _____ genitore

dell'alunn_ _____

nat_ a _____ il _____ frequentante la classe _____

chiede

che per motivi di salute il/la propri_ figli_ possa assistere alle lezioni tramite ripresa con webcam, in attesa del rientro e del conseguente ripristino della frequenza scolastica.

A questo scopo dichiara che il/la propri_ figli_ sarà l'unico ad assistere alle lezioni che verranno diffuse online e si impegna a non registrarle e a non diffonderle o trasmetterle ad alcuno, impegnandosi a utilizzarle personalmente a solo scopo didattico e non per impieghi diversi da quanto specificato.

Si dichiara inoltre consapevole delle conseguenze relative alla eventuale non osservanza di quanto sopra dichiarato (normativa sulla tutela della privacy).

In fede

(luogo e data)

(firma del genitore/tutore dell'alunno minorenni)

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.