

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a a codesto Istituto, Classe/Sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a, al/alla quale è stato applicato un apparecchio gessato/suture/stampelle/altra prognosi in data \_\_\_\_\_ fino al giorno \_\_\_\_\_, in seguito ad infortunio subito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ possa continuare a frequentare le lezioni.

DICHIARANO

- di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del/della proprio/a figlio/a reduce da un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dalle attività scolastiche in comunità, dalla frequenza nei locali scolastici e dal tragitto casa-scuola, impegnandosi a conoscere le misure organizzative adottate dall'Istituto ai fini della sicurezza degli alunni durante la permanenza nell'ambiente scolastico;
- di sollevare la scuola da ogni eventuale responsabilità penale e civile derivante dalla permanenza dell'alunno/a nei locali scolastici.

\* Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

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

Zogno, \_\_\_\_\_

\*In caso di unico genitore firmatario "Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non rispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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."

**VISTO**

- Si concede  
 Non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Grazia Maria Nicosia  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.L.gs. n. 39/93