

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Verdi"

Oggetto: disposizioni per il rientro a scuola degli alunni dopo infortuni, traumi, interventi chirurgici.

Il/la Sottoscritto/a _____

C.F. _____ Residente a _____

in via _____ nr. _____ CAP _____

E

Il/la Sottoscritto/a _____

C.F. _____ Residente a _____

in via _____ nr. _____ CAP _____

genitori/tutori dell' ALUNNO/A _____

frequentante nell'anno scolastico 20____/20____ la classe ____ sez. _____ della scuola _____

_____ plesso _____

DICHIARANO

di assumersi la responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che

- ha subito un trauma recente
- è stato sottoposto a intervento chirurgico
- deve portare apparecchio gessato, stampelle, tutori
- altro (specificare) _____

e di essere consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità

Data: ____/____/20____

Firma dei genitori / tutori:

Firma Genitore : _____

Firma Genitore : _____

Dichiarazione sostitutiva di responsabilità (da compilare solo in caso di firma singola)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile) e che l'altro genitore è a conoscenza e concorda con la presente istanza.

Data: ____/____/20____

Firma del genitore richiedente:

- **SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE DEL MEDICO DI IDONEITÀ ALLA FREQUENZA SCOLASTICA CON EVENTUALE ESONERO DALL'ATTIVITÀ MOTORIA.**

Data: ____/____/20____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Valeria Mendola
firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 d.lgs. 39/1993