

**OGGETTO: 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 _____

dichiarano di assumersi la responsabilità per il rientro a scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le misure organizzative adottate dalla Dirigente Scolastica ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Si allega certificato medico.

Santa Maria CV, _____

In fede Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Nel caso firmi un solo genitore:

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non rispondenti 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.

Santa Maria CV, _____

In fede Firma del genitore (o chi ne fa le veci)
