

"Ministero dell'istruzione, dell'università e del Merito"

I.C.S. "Quintino Di Vona"
Via L. da Vinci, 2 - 20062 Cassano d'Adda (MI)
Cod. Min. MIIC8CC00P - C.F. 91548230159
tel. 0363/60061 - e-mail: MIIC8CC00P@istruzione.it
sito internet: www.icqdivona.it

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

I sottoscritti _____
genitori (o tutori) 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.

In relazione a quanto sopra si allega certificazione medica attestante che, alle condizioni
concordate con i docenti, la frequenza scolastica del figlio/a non è di pregiudizio alla sua
guarigione né elemento di rischio per sé e per gli altri.

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

Nel caso firmi un solo genitore:

II/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.

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

Visto si autorizza
Il Dirigente Scolastico