



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo " Q. Di Vona" – C.F. 91548230159
Via L- Da Vinci, 2 - 20062 Cassano d'Adda
Tel: 036360061 email: miic8cc00p@istruzione.it
pec: miic8cc00p@pec.istruzione.it
www.icqdivona.edu.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 presso
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:

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.

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

Visto si autorizza
Il Dirigente Scolastico