

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

I sottoscritti _____

esercanti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____

Iscritto/a a codesto Istituto Comprensivo classe _____ sez. _____ Scuola _____

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del/la proprio/a figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di Istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Data, _____

Gli esercenti la responsabilità genitoriale

OPPURE

L'unico genitore firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dichiara che l'altro genitore è a conoscenza del contenuto della presente delega/dichiarazione e di avere quindi effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater c.c. che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Il genitore unico firmatario _____

Capezzano Pianore, _____

Firma _____