Al Dirigente scolastico
dell'Istituto comprensivo "Gino Strada"

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

I sottoscritti_____

genitori dell'alunno _____

frequentante la classe/sez. _____ della scuola dell'infanzia/ primaria/secondaria di primo grado _____

DICHIARANO

- di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del/la proprio/a figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli dei rischi e delle eventuali conseguenze derivanti dalla vita in comunità scolastica, ai sensi dell'art. 2043 c.c. (responsabilità civile per fatto illecito) e dell'art. 147 del D.Lgs. 297/1994 (obblighi e responsabilità dei genitori);
- di essere a conoscenza e di impegnarsi a 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, in conformità con il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. (Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) e con l'art. 29 del D.Lgs. 165/2001 (responsabilità dei dirigenti pubblici).

Allegano **certificazione medica** attestante che da un punto di vista clinico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni.

Monte Urano, _____

Firma dei genitori

_____

_____

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

Il/La sottoscritto/a_____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data_____ Firma_____