

Modello 1

**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 codesta Scuola, Classe.....Sez..... Plesso.....

Dichiarano

di assumersi piena 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 prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Luogo.....

In fede

Firma dei genitori

(o degli esercenti responsabilità genitoriale)

Data...../...../.....

.....
.....

Laddove sia impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, si dichiara:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti 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”.

FIRMA DEL GENITORE

_____ (madre) _____ (padre)