

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. FRACCARETA
BARI-PALESE

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 (vedi documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Bari Palese, _____

Firma del primo genitore/tutore:

.....

Firma del secondo genitore*

.....

Consapevole delle conseguenze civili e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Seconda *firma* del primo genitore in mancanza del secondo*

.....

*In mancanza della firma del secondo genitore, il primo genitore dovrà obbligatoriamente apporre la propria firma anche nella sezione "Seconda *firma* del primo genitore in mancanza del secondo".

- Si allega dichiarazione di idoneità alla frequenza rilasciata dalla Direzione sanitaria.
- Non si allega dichiarazioni di idoneità alla frequenza rilasciata dalla Direzione sanitaria.