

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori (o tutori) 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'ambito scolastico.

Acquaviva, \_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI

( o degli esercenti responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Laddove un genitore sia irreperibile, e pertanto 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 art. 316, 337 tre e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_(madre)

\_\_\_\_\_(padre)