

**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)