	ISTITUTO COMPRENSIVO MARTIRI DELLA LIBERTA' SESTO SAN GIOVANNI (MI)	*Modulistica* ***Riammissione a scuola dopo un infortunio***

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO MARTIRI DELLA LIBERTA'
SESTO SAN GIOVANNI (MI)

Oggetto: ***Riammissione a scuola dell'alunno/a dopo un infortunio e dichiarazione di scarico di responsabilità per la frequenza in caso di presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati, carrozzine o stampelle.***

I/Il sottoscritti/o _____ (genitore/affidatario/tutore)

I/Il sottoscritti/o _____ (genitore/affidatario/tutore)

dell'alunno/a _____

frequentante nel corrente anno scolastico 20_____ /20_____ la classe _____ sezione _____

scuola infanzia ☐ E. Marelli ☐ Monte San Michele
scuola primaria ☐ Martiri della Libertà ☐ B. Oriani
scuola secondaria I grado ☐ Don L. Milani

in relazione all'infortunio avvenuto in data ……. (v. denuncia di infortunio e/o altri verbali /certificazione medica del ……. con prognosi di gg. …….)

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine

- allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
- dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

- L'esonero dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica dal _____ fino al _____ come da certificato medico allegato.
- Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'istituto.
- L'autorizzazione ad entrare alle ore_____ fino al giorno_____
- L'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno_____
  (verrà prelevato dal genitore _____ o da persona delegata _____)

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell'alunno verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio.

Sesto San Giovanni, _____

Firma di entrambi i Genitori/Affidatari/Tutori

_____

_____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I sottoscritti autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D.Lvo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679).

Firma di entrambi i Genitori/Affidatari/Tutori

_____

_____

DA COMPILARE NEL CASO NON SIA POSSIBILE ACQUISIRE LA FIRMA DI UNO DEI GENITORI, DA PARTE DEL FIRMATARIO:

Il sottoscritto, 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 Dichiarante

Spazio riservato all'Istituzione Scolastica

Al ***GENITORI/AFFIDATARI/TUTORI***
DELL'ALUNNO/A
AI DOCENTI DI CLASSE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- **VISTA** la richiesta dei genitori
- **VISTO** il certificato medico allegato

AUTORIZZA LA RIAMMISSIONE ALLE LEZIONI DELL'ALUNNO

La presente autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento, se e quando la partecipazione alle normali attività educative/didattiche si riveli pericolosa per l'alunno stesso o per i suoi compagni.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Catia Di Gennaro