



## 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 codesto Istituto, Classe/Sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ dichiarano  
di assumersi la 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 misure organizzative adottate dalla Dirigente  
Scolastica ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambiente  
scolastico.

Villafranca L., \_\_\_\_\_

In fede Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

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

### **Nel caso firmi un solo genitore:**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci  
dichiarazioni non rispondenti 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.

Villafranca L., \_\_\_\_\_

In fede Firma del genitore (o chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_