Alla cortese attenzione

del Dirigente Scolastico Dott.ssa Anna Giordana

Istituto Comprensivo "Giovanni Arpino" di Sommariva del Bosco (CN)

**DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, CARROZZINE O STAMPELLE**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificata tramite Carta di Identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificata tramite Carta di Identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Genitori/Tutori dell'alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentate la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola: ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA DI PRIMO GRADO

nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TENUTO CONTO**

della certificazione medica di idoneità alla frequenza scolastica rilasciata dal PLS/MMG Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDONO**

che il/la proprio/a figlio/a sia riammesso/a alla frequenza delle lezioni, nel periodo coperto da prognosi, dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il seguente impedimento/infortunio:

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

**RICHIEDONO INOLTRE**

L’esonero dalle lezioni pratiche di Scienze motorie dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ come da certificato medico allegato.

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

Pertanto, i sottoscritti dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

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

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

Allegati:

- Certificazione medica PLS/MMG per idoneità alla frequenza scolastica

- Documenti di identità

Si concede

Visto Il DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott.ssa Anna GIORDANA)