

Alla cortese attenzione
del Dirigente Scolastico Prof. Danilo Eandi

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