

Alla Dirigente Scolastica dell'Istituto

\_\_\_\_\_

Sede

**Oggetto: richiesta del genitore/dei genitori/del tutore di riammissione a scuola dell'alunno \_\_\_\_\_ dopo infortunio del \_\_\_\_\_ e dichiarazione di assunzione di responsabilità per la frequenza in caso di presenza di apparecchi/tutori, gessature, carrozzina, stampelle, medicazioni e suture**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (genitore 1)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (genitore 2)

o

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (tutore legale)

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

in relazione:

all'infortunio avvenuto a scuola in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (a tal riguardo si allega la denuncia di infortunio e/o gli verbali successivi / )

all'infortunio avvenuto in ambiente diverso dall'Istituto in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (a tal riguardo si allega verbale di pronto soccorso e documentazione medica successiva)

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_-/ da subito.

A tal fine si allega:

il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista dott. \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica malgrado l'infortunio che si è subito e senza alcuna limitazione o alcuna responsabilità organizzativa a carico della scuola;

dichiarazione di assunzione di piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali effetti derivanti dallo stare all'interno di una comunità, assumendosi la responsabilità di conoscere e di rispettare le prescrizioni previste nell'apposito Regolamento di Istituto e le potenziali misure di tipo organizzativo adottate dal Dirigente Scolastico per il caso specifico.

I genitori /il genitore /il tutore richiedono /richiede altresì:

--	--

	L'autorizzazione a entrare in istituto alle ore _____ solamente fino al giorno _____
--	--

	L'autorizzazione a uscire dall'Istituto Scolastico alle ore _____ fino al giorno _____. si comunica che l'alunno lascerà l'istituto in compagnia del genitore / tutore _____ o dalla seguente persona delegata _____
--	--

	L'esonero dalle lezioni di Educazione Motoria/Educazione Fisica dal _____ fino al _____ come dal certificato medico che si allega alla presente richiesta.
--	--

Nel caso fossero programmate uscite didattiche la partecipazione dell'alunno/a verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio e comunque compatibilmente alle esigenze organizzative stabilite dal Dirigente Scolastico.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (genitore 1)

\_\_\_\_\_  
(genitore 2)

\_\_\_\_\_

(tutore legale )

Si concede / Non si concede

**Visto il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_

Motivazione dell'eventuale non concessione

\_\_\_\_\_

### **Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti del D.Lvo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679, autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_  
(genitore 1)

Firma \_\_\_\_\_  
(genitore 2)

Firma \_\_\_\_\_  
(tutore legale )