MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PIERSANTI MATTARELLA
Via S. Satta, 84 - 00159 Roma Tel 064380555 Cod. Mecc. RMIC8EM008– C.F. 97712690581
Posta elettronica: rmic8em008@pec.istruzione.it - rmic8em008@istruzione.it
Sito Web: www.istitutocomprensivopiersantimattarella.edu.it

Al Dirigente scolastico
dell'I. C. "Piersanti Mattarella"

OGGETTO: *DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI TUTORI, GRUCCE O SEDIA A ROTELLE.*

I sottoscritti _____ _____
COGNOME NOME

e _____ _____
COGNOME NOME

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

iscritto/a presso l'I.C. "Piersanti Mattarella", classe ____ sez. _____

plesso _____

DICHIARANO

di assumersi piena responsabilità, sollevando l'istituto da ogni responsabilità, per il rientro a scuola del proprio/a figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), 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.

Roma, _____

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI

_____

_____