|  | **MIUR – ISTITUTO COMPRENSIVO**  **“LUCIANO PAVAROTTI” di BOMPORTO-BASTIGLIA (MO)**  Via G. Verdi, 10 – 41030 BOMPORTO – Tel. 059/909233 – Fax 059/818198 – CF 94185950360  mail: moic85000n@istruzione.it - pec: [moic85000n@pec.istruzione.it](mailto:moic85000n@pec.istruzione.it)  sito web: [www.icbomportobastiglia.edu.it](http://www.icbomportobastiglia.edu.it) |  |
| --- | --- | --- |

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. “L. Pavarotti” di Bomporto - Bastiglia

# RIAMMISSIONE A SCUOLA A SEGUITO DI INFORTUNIO E SCARICO RESPONSABILITÀ FREQUENZA IN CASO DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sentito il parere del proprio medico curante che ha valutato l’idoneità alla frequenza scolastica nonostante l’infortunio subito e la prognosi derivante,

**CHIEDE**

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

# DICHIARA

di assumersi piena responsabilità per il periodo di prognosi e fino ad accertata guarigione, consapevole delle conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste dal Regolamento d’Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

# RICHIEDE

□ Esonero dalle lezioni pratiche di Scienze Motorie dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Autorizzazione ad entrare alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Autorizzazione ad uscire alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(fornirà eventuale delega in caso di ritiro da parte di altra persona)

Bomporto, \_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

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

Nel caso di genitori con affido congiunto si richiede la firma di entrambi.

Dichiarazione resa ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 445/200