



Istituto Comprensivo ENNIO MORRICONE

Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716
Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it>

✉ RMIC8EQ00G@istruzione.it

pec: RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it

TRINITY
COLLEGE LONDON
Registered Exam Centre 69726

Riammissione a scuola dell'alunno/a dopo l'infortunio/intervento

scolastico

extrascolastico

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo ENNIO MORRICONE

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

Scuola Secondaria di primo grado

Scuola Primaria

Scuola Infanzia

in relazione all'infortunio avvenuto in data _____ in orario scolastico/non scolastico (vd. denuncia di infortunio e/o altri verbali), consapevoli delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

CHIEDONO

che il/la figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni nonostante l'infortunio subito, in quanto ritengono che lo stato di salute non pregiudichi l'incolumità del figlio/a e dei compagni.

Allegano il certificato del medico curante comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio.

Contestualmente, i sottoscritti sollevano l'Istituzione Scolastica, per il suddetto periodo, da qualsivoglia responsabilità causalmente riconducibile all'infortunio e inerente la frequenza delle attività scolastiche e quelle ad esse connesse (uso servizi e locali), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, nonché impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

(cancellare le parti non pertinenti e compilare per quanto di interesse)

I sottoscritti sono consapevoli che la ripresa della frequenza scolastica, antecedente la conclusione del periodo di prognosi indicato sul verbale di Pronto Soccorso, implica la cessazione della copertura assicurativa INAIL laddove e se prevista.

I sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che l'alunno/a

ACCEDE/NON ACCEDE autonomamente ai servizi igienici

PUÒ/NON PUÒ eseguire le corrette procedure di sicurezza in caso di evacuazione

Richiedono, inoltre,

l'esonero dall'Ed. Fisica dal _____ fino al _____ come da certificato medico allegato;

l'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____;

l'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____.

Verrà ad accompagnarlo e a prelevarlo in classe il genitore o persona da lui delegata _____.

I sottoscritti autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D.Lvo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679)

Roma _____

FIRME GENITORI _____

Si concede.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Paolo Lozzi

