



Ministero dell'Istruzione
Ministero dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - MONTELIBRETTI

RMIC8AW00A - P.zza della Repubblica 21 - 00010 Montelibretti
☎ 0774/608018 fax 0774/609616 ✉ rmic8aw00a@istruzione.it

ALL. 2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. MONTELIBRETTI

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
_____ il _____ genitore dell'alunno
_____ frequentante la classe _____ sez. _____
Plesso _____

DICHIARA

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, come da certificazione medica allegata, e di essere consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto.

Montelibretti, _____ FIRMA _____

(dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente a mezzo di posta elettronica oppure tramite fax, tramite incaricato o ancora posta ordinaria raccomandata.