



Ministero dell'Istruzione

**Istituto Comprensivo Statale "Cardarelli-Massaua"**

Via Scrosati,4 - 20146 Milano

Tel. 02 88441534 e-mail: [miic815005@istruzione.it](mailto:miic815005@istruzione.it) - PEC: [miic815005@pec.istruzione.it](mailto:miic815005@pec.istruzione.it)

Codice Fiscale: 80124050156 - Codice Meccanografico: MIIC815005

Al Dirigente scolastico  
dell'IC Cardarelli - Massaua

RIAMMISSIONE A SCUOLA DELL'ALUNNO DOPO UN INFORTUNIO E DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, CARROZZINE O STAMPELLE.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (genitore 1)  
Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (genitore 1)  
Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (tutore legale)  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_

PLESSO

<input type="checkbox"/>	MASSAUA
--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	SCROSATI
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	CARDARELLI
--------------------------	------------

in relazione all'infortunio avvenuto in data \_\_\_\_\_ (vedi denuncia di infortunio e/o altri verbali)

CHIEDONO

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

A tal fine

1. allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
2. dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni

previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

<input type="checkbox"/>	L'esonero dalle lezioni pratiche di Alfabetizzazione Motoria/Educazione Fisica dal _____ fino al _____ come da certificato medico allegato.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'istituto.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	L'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	L'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____ (verrà prelevato dal genitore _____ o da persona delegata _____)
--------------------------	--

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell'alunno verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio.

Data \_\_\_\_\_

Firma

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

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

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

Si concede

Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

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)

Firma

Firma

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

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

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