



Al Dirigente dell'IIS CARLO URBANI
Sede di _____

DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, O STAMPELLE

Il sottoscritto _____ (genitore 1)
La sottoscritta _____ (genitore 2),
esercanti la responsabilità genitoriale nei confronti dello/a studente/ssa _____
della Classe _____ Sez. _____ Corso di Studi _____

DICHIARA/DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a risulta legittimato alla frequentazione degli ambiti scolastici in virtù della certificazione medica in allegato alla presente, e che quindi non sussistono pericoli per la sicurezza per la salute del proprio figlio/a.

Dichiarano contestualmente che la gestione della frequentazione e degli spostamenti all'interno degli ambienti scolastici avverrà in forma del tutto autonoma senza aggravio all'organizzazione scolastica, fatto salvo situazioni di carattere eccezionale.

Pertanto, i sottoscritti dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, 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 dalla Dirigente Scolastica.

SI ALLEGA IDONEA DOCUMENTAZIONE MEDICA

1. _____
2. _____

Firma del genitore 1

Firma del genitore 2

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la suddetta dichiarazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori/tutori.

Qualora sia stata firmata da un solo genitore/tutore, si intende che la scelta sia stata condivisa

Firma del genitore dichiarante

VISTO: SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
