



**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**

\_\_\_\_\_