Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Vinci e Capraia e Limite"

OGGETTO: Richiesta di riammissione a scuola anticipata rispetto alla prognosi a seguito di infortunio

I sottoscritti

Genitore/Tutore 1 (cognome e nome) _____

Genitore/Tutore 2 (cognome e nome) _____

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a _____

frequentante nell'anno scolastico _____ / _____ la classe/sezione _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

del seguente ordine di scuola:

- ☐ Scuola dell'Infanzia – Plesso _____
- ☐ Scuola Primaria – Plesso _____
- ☐ Scuola Secondaria di I grado – Plesso _____

in relazione all'infortunio avvenuto in data _____ , per il quale è stata

rilasciata certificazione medica in data _____ con prognosi di _____ giorni,

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a sia riammesso/a a frequentare le lezioni **anticipatamente rispetto alla prognosi**. A tal fine allegano

- ☐ certificazione medica rilasciata dalla struttura ospedaliera ;

  oppure

- ☐ certificazione medica rilasciata dal medico curante,

che attesta l'idoneità dell'alunno/a alla frequenza nonostante l'infortunio subito e l'eventuale presidio medico-sanitario applicato (gesso, tutore, fasciatura, suture, stampelle, sedia a rotelle).

DICHIARANO

- di essere consapevoli delle condizioni di salute del/della proprio/a figlio/a e dei possibili rischi connessi alla frequenza della comunità scolastica in presenza di un trauma recente;
- di assumersi la responsabilità della scelta di far rientrare anticipatamente a scuola il/la proprio/a figlio/a, per quanto attiene alle sue condizioni di salute;
- di aver preso visione della circolare dell'Istituto sulla riammissione degli alunni a seguito di infortunio e di impegnarsi a rispettare le condizioni previste dal Regolamento d'Istituto e le misure organizzative disposte dal Dirigente Scolastico per la sicurezza dell'alunno/a;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla scuola ogni variazione delle condizioni di salute dell'alunno/a.

CHIEDONO INOLTRE

(barrare le voci che interessano)

☐ l'esonero dalle attività pratiche di scienze motorie e sportive e/o di laboratorio

dal _____ al _____ come da certificazione medica allegata;

☐ l'autorizzazione **all'ingresso posticipato** alle ore _____ fino al giorno _____ (1);

☐ l'autorizzazione **all'uscita anticipata** alle ore _____ fino al giorno _____ (2).

(1) L'ingresso può essere solo posticipato di alcuni minuti, e non anticipato, rispetto al normale orario; l'alunno/a dovrà essere accompagnato/a da un genitore o da persona delegata.

(2) L'alunno/a sarà prelevato/a da un genitore o da persona appositamente delegata per iscritto.

Trattamento dei dati personali. I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web dell'Istituto e prendono atto che i dati forniti, anche relativi alla salute, saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 esclusivamente per la gestione della presente richiesta.

Allegati: ☐ certificazione medica ☐ altro: _____

Luogo e data _____

Firma Genitore/Tutore 1 _____

Firma Genitore/Tutore 2 _____

Da compilare solo qualora la richiesta sia firmata da un solo genitore

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, e che l'altro genitore è informato e d'accordo.

Firma _____

Riservato alla scuola

Prot. n. _____ del _____

☐ Si autorizza ☐ Si autorizza con le seguenti prescrizioni: _____

_____

☐ Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico

_____