

IC MATTEO RICCI  
RICHIESTA RIENTRO A SCUOLA ALUNNI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IC MATTEO RICCI - ROMA

**Oggetto: Richiesta rientro a scuola per alunni reduci da interventi chirurgici, infortuni in caso di presenza di apparecchi gessati, stampelle, tutori, ecc.**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**E**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

genitori/tutori dell' ALUNNO/A \_\_\_\_\_

frequentante nell'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ la classe \_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che

- ha subito un trauma recente
- è stato sottoposto a intervento chirurgico
- deve portare apparecchio gessato, stampelle, tutori
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

e di essere consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità.

Si impegnano inoltre a conoscere le prescrizioni previste nel regolamento di istituto, a collaborare con il personale scolastico e a rispettare le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico, tra cui l'utilizzo dell'ascensore, ove presente.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori \_\_\_\_\_

IC MATTEO RICCI  
RICHIESTA RIENTRO A SCUOLA ALUNNI

**In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000; dichiara inoltre che il padre/la madre è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta di uscita autonoma dell'alunno da scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE DEL MEDICO DI IDONEITÀ ALLA FREQUENZA SCOLASTICA CON EVENTUALE ESONERO DALL'ATTIVITÀ MOTORIA.**

---

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
e valutata la documentazione presentata,

AUTORIZZA IL RIENTRO A SCUOLA DELL'ALUNNO/A

NON AUTORIZZA IL RIENTRO A SCUOLA DELL'ALUNNO

Roma, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Laura De Paolis

\_\_\_\_\_