

Richiesta frequenza alunno/a con applicazioni con suture/medicazioni/apparecchi gessati

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

La sottoscritta _____

nata a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

- in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale
- in qualità di genitore unico esercente la responsabilità genitoriale
- in qualità di tutore/soggetto affidatario ai sensi della L. 4 maggio 1983 nr. 184

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

della Scuola _____ Plesso _____

CHIEDE/CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a , al/alla quale è stato applicato _____

in data _____ da portare fino al giorno _____ possa continuare a frequentare le lezioni, sollevando l'Istituzione scolastica da qualsiasi responsabilità civile e penale derivante da tale richiesta.

In relazione a quanto sopra **si allega certificazione medica** dove sia specificato che da un punto di vista medico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni e non rappresenta elemento di rischio per sé e per gli altri.

Lanuvio, lì _____

Firme congiunte dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale/affidatari/tutori

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario _____