



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Istituto Comprensivo Statale "Ottaviano Bottini" - Piglio (FR)  
Via Piagge n. 1 - 03010 Piglio (FR) - tel. 0775/502329  
e-mail – FRIC80700X@istruzione.it  
Sito WEB: <https://www.icottavianobottini.edu.it/>  
Codice Fiscale 80006630604 Codice Univoco Ufficio UF3Q0G  
Codice Meccanografico FRIC80700X

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
DELL'I.C. O. BOTTINI –PIGLIO-

**RIAMMISSIONE A SCUOLA DELL'ALUNNO DOPO UN INFORTUNIO E  
DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO  
DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, CARROZZINE O  
STAMPELLE.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre)

La sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre)

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ PLESSO \_\_\_\_\_

in relazione all'incidento avvenuto in data \_\_\_\_\_ (vedi denuncia di infortunio

e/o altri verbali e/o certificati medici)

**CHIEDONO**

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine:

1. allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
2. dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

L'esonero dalle lezioni pratiche di Alfabetizzazione Motoria/Educazione Fisica dal  
\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ come da certificato medico allegato.

Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'istituto.

L'autorizzazione ad entrare alle ore \_\_\_\_\_ fino al giorno \_\_\_\_\_

L'autorizzazione ad uscire alle ore \_\_\_\_\_ fino al giorno \_\_\_\_\_

(verrà prelevato dal genitore \_\_\_\_\_ o da persona delegata  
\_\_\_\_\_)

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell'alunno verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_ (madre)

**Si concede**

**Visto:** LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Isa Paola Olivieri

Autorizzazione al trattamento dei dati personali I sottoscritti autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica ( D.Lvo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679).

Firma \_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_ (madre)