

**ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO STATALE**

**"S. GIOVANNI BOSCO"**

Sc. Infanzia, Primaria e Secondaria di I g. San Salvatore Telesino – Castelvenere

C.F. 81002250629 – C.M. BNIC841008

Tel. e Fax 0824275407/cell.3274769354 – e-mail: [bnic841008@istruzione.it](mailto:bnic841008@istruzione.it)

PEC: [bnic841008@pec.istruzione.it](mailto:bnic841008@pec.istruzione.it) Sto Web: [www.icbosco.edu.it](http://www.icbosco.edu.it)

SAN SALVATORE TELESINO (BN) – Piazza Plebiscito, 2



**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO  
DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O  
APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti

padre.....

madre.....

genitori (o chi ne fa le veci) di ..... iscritto/a a  
codesta Scuola, Classe ..... Sez ..... Plesso

**dichiarano**

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

In fede

PADRE: DOCUMENTO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

MADRE: DOCUMENTO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

SI ALLEGA CERTIFICATO MEDICO

VISTO

**Il Dirigente Scolastico**

Prof.ssa Maria Ester Riccitelli

Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3 comma 2, D.Lgs. n. 39/1993