



Ministero dell'istruzione,  
dell'università e della ricerca

**Istituto Comprensivo di Roncoferraro**  
Via Nenni, 11 – 46037 Roncoferraro  
Tel: 0376 663118 Fax: 0376 664498  
Sito web: [www.icroncoferraro.edu.it](http://www.icroncoferraro.edu.it)  
e-mail uffici: [mnic81500n@istruzione.it](mailto:mnic81500n@istruzione.it)

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

I sottoscritti .....  
genitori dell'alunno.....  
iscritto/a codesta scuola, classe.....sez.....  
plesso..... dell'istituto comprensivo di Roncoferraro

### 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 d'istituto.

Firma di **entrambi** i genitori / tutore

.....  
(padre)

.....  
(madre)

.....  
(tutore)

Il sottoscritto/a genitore consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi de D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/presa visione 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"

Firma del genitore .....