

**ALLEGATO 2 - DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA
DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**
(Accordo USR Toscana - Federazione Regionale Ordini dei Medici)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Scolastico

Il/La sottoscritto/a

in qualità di:

☐ *Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale*

☐ *Studente/essa maggiorenne (se frequentante la scuola secondaria di II grado)*

dell'alunno/a

frequentante la classe _____ Sez. _____ Plesso/Sede

Visto il certificato medico rilasciato in data _____ dal Dott./Dott.ssa

attestante l'idoneità alla frequenza scolastica e allegato alla presente richiesta;

CHIEDE / CHIEDONO

la riammissione anticipata alla frequenza delle lezioni dell'alunno/a sopra indicato/a, in
pendenza della prognosi medica, pur in presenza di:

☐ *Apparecchio gessato / Tutore rigido*

☐ *Uso di stampelle / Ausili per la deambulazione*

☐ *Medicazioni / Punti di sutura*

DICHIARA / DICHIARANO

ai sensi del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

1. Assunzione di responsabilità: Di assumersi la piena responsabilità per il rientro a scuola
del proprio figlio (o propria, se studente maggiorenne), essendo a conoscenza delle implicazioni
e delle conseguenze derivanti dalla permanenza e dallo stare all'interno di una comunità
scolastica nello stato fisico sopra descritto.

2. Rispetto delle regole: Di impegnarsi a conoscere, condividere e rispettare rigorosamente le
prescrizioni previste dal Regolamento di Istituto e tutte le misure organizzative e di sicurezza
che il Dirigente Scolastico disporrà per la tutela dell'alunno durante la permanenza nei locali

scolastici (es. flessibilità oraria, divieto di attività motorie).

3. Esonero: Di esonerare il personale ispettivo, direttivo, docente e ATA da responsabilità o danni strettamente connessi e derivanti dalla specifica ridotta mobilità dell'alunno e dall'uso degli ausili necessari (es. gestione autonoma delle stampelle).

Misure logistiche concordate con la Segreteria (selezionare le voci d'interesse):

☐ Autorizzazione all'utilizzo dell'ascensore di istituto.

☐ Permesso di uscita/ingresso anticipato o posticipato di 5/10 minuti.

☐ Richiesta di assegnazione di un compagno/a di classe come accompagnatore negli spostamenti.

Luogo e Data: _____, _____

Firma dei genitori (o di chi ne fa le veci)

Se firmato da un solo genitore, si intende sottoscritto in conformità agli artt. 316, 337-ter e 337-quater c.c. e agli obblighi di condivisione delle decisioni di maggior interesse.

Padre/Tutore: _____

Madre/Tutrice: _____

(Oppure) Firma dello Studente Maggiorennne
