Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Patari-Rodari-Pascoli-Aldisio"-Cz

OGGETTO: Richiesta di riammissione anticipata alle lezioni e autorizzazione alla frequenza scolastica con apparecchi gessati / tutori / ausili per la deambulazione (Art. 88 del Regolamento di Istituto).

I sottoscritti:

- **Genitore 1 / Tutore:** Cognome e Nome _____**, nato/a a** _____ **il //**, residente a _____in Via/Piazza _____n. ____ , Tel. _____,Email_____ __
- **Genitore 2 / Tutore:** Cognome e Nome _____**, nato/a a** _____ **il //**, residente a _____ in Via/Piazza _____n. ___, Tel. _____, Email_____

in qualità di genitori / esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

- **Cognome e Nome:** _____
- **Nato/a a:** _____ **il:** ___/___/___
- **Frequentante la classe:** _____ **Sez.:** _____ **Plesso/Sede:** _____

PREMESSO CHE

- l'alunno/a ha subito un infortunio in data __/__/__ (avvenuto: [ ] in ambito extrascolastico / [ ] in ambito scolastico);
- a seguito dell'infortunio è stato rilasciato referto medico / di Pronto Soccorso dal quale risulta una **prognosi di giorni** _____ (fino al __/__/__compreso);
- l'alunno/a è attualmente portatore/trice di *(barrare le voci interessate)*:
  - [ ] Apparecchio gessato
  - (specificare arto): _____
  - [ ] Tutore / doccia gessata / bendaggio rigido (specificare):_____
  - [ ] Punti di sutura
  - (specificare sede): _____
  - [ ] Stampelle / bastoni canadesi
  - [ ] Sedia a rotelle (carrozzina)
  - [ ] Altro ausilio (specificare): _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a sia riammesso/a alla frequenza delle lezioni **a partire dal giorno__/__/__** (in anticipo rispetto alla scadenza della prognosi / nonostante la presenza del suddetto

dispositivo ortopedico o ausilio), impegnandosi a far rispettare all'alunno/a tutte le prescrizioni organizzative e di sicurezza stabilite dall'Istituto.

A tal fine, **ALLEGANO**:

1. **Certificato medico** (rilasciato dal medico curante, dal pediatra di libera scelta o dallo specialista) attestante espressamente che, nonostante l'infortunio e i dispositivi/ausili applicati, **l'alunno/a è idoneo/a alla frequenza scolastica** e che la permanenza a scuola non comporta pregiudizio per la sua guarigione;
2. Copia del referto di Pronto Soccorso / specialistico (se non già agli atti della scuola);
3. Copia del documento di identità in corso di validità dei firmatari.

DICHIARANO INOLTRE E SOTTOSCRIVONO

1. Di essere pienamente consapevoli che la scuola è un ambiente comunitario ad elevato affollamento e non sterile, e di assumersi ogni responsabilità derivante da eventuali urti accidentali, cadute o aggravamenti delle condizioni fisiche dell'alunno/a non imputabili a carenze di vigilanza del personale scolastico;
2. Di accettare le misure organizzative predisposte dal Dirigente Scolastico per garantire la sicurezza dell'alunno/a (ingresso posticipato e uscita anticipata di 5/10 minuti rispetto al suono della campanella, permanenza in aula o in spazio protetto durante l'intervallo, eventuale spostamento temporaneo della classe al piano terra, utilizzo dell'ascensore solo se accompagnati dal personale ATA, esonero dalle attività pratiche di Scienze Motorie e Sportive);
3. Che l'alunno/a sarà accompagnato/a e prelevato/a puntualmente all'ingresso del plesso dai genitori o da persona maggiorenne formalmente delegata *(indicare eventuali delegati non già presenti agli atti)*:

   Sig./Sig.ra
   _____, Doc. Id. n. _____

Luogo e data: _____, _____

Firma Genitore 1 : _____

Firma Genitore 2: _____

(In caso di firma di un solo genitore: Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta 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).

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI PRESIDENZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- **VISTA** la richiesta pervenuta in data __/__/__ (Prot. n. _____);
- **VISTO** il certificato medico allegato attestante l'idoneità alla frequenza scolastica;
- **VERIFICATE** le condizioni strutturali dell'edificio, l'accessibilità dell'aula e le procedure del Piano di Emergenza ed Evacuazione (D.Lgs. 81/2008);

[ ] AUTORIZZA

la riammissione e la frequenza scolastica dell'alunno/a _____ a partire dal giorno__/__/__/, con l'adozione delle seguenti misure organizzative e di prevenzione:

- [ ] Ingresso posticipato/anticipato alle ore _____ _____e uscita anticipata/posticipata alle ore _____;
- [ ] Permanenza in aula durante l'intervallo sotto la vigilanza del personale docente / ATA incaricato;
- [ ] Spostamento temporaneo della classe nell'aula _____ ____situata al piano terra;
- [ ] Esonero dalle attività pratiche di Scienze Motorie e Sportive e dai laboratori incompatibili;
- Altro: _____
  _____
  _____.

[ ] NON AUTORIZZA la riammissione fino al termine della prognosi / alla presentazione della documentazione medica integrativa per le seguenti motivazioni:_____
_____
_____
_____.

Luogo e data: _____**, ____/____/____.**

Il Dirigente Scolastico
Anna, Maria Rotella