

**MODULO PER LA RICHIESTA DI FREQUENZA DA PARTE DI ALUNNI  
CON PROGNOSI PER INFORTUNIO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola Primaria/dell'Infanzia in relazione all'infortunio avvenuto in data \_\_\_\_\_

**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 eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

- 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 \_\_\_\_\_ )

Data \_\_\_\_\_

Firma

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

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

Il Dirigente Scolastico

Visto

Si concede   
Non si concede

**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)