

Prot. n. _____ / _____

(a cura dell'Ufficio)

Monopoli, _____

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"VITO INTINI"
70043 MONOPOLI (BA)

Ai DOCENTI
Classe _____ / Sez. _____

SCUOLA _____

Oggetto: Alunn _____.

Richiesta di riammissione anticipata alle attività didattiche a seguito di infortunio.

__I__ sottoscritt__, _____, e
_____, genitor__
esercent__ la potestà parentale sull'alunn__ _____,
nat__ a _____ (____) il _____,
frequentante la classe ____ sez. ____ della Scuola _____,
dipendente da questo Istituto Comprensivo,

PREMESSO CHE

- in data _____ al__ suddett__ figli__ è stata data una prognosi di giorni _____, a seguito di infortunio occorso a scuola/a casa (cancellare la voce che non interessa);
- __1__ suddett__ alunn__ è comunque in condizioni di salute tali da non pregiudicare la regolare frequenza delle attività didattiche;

CHIEDONO

che l'alunn__ _____ sia riammesso/a alla
frequenza delle attività didattiche in data _____, **come da certificato
medico allegato.**

Sollewa l'Amministrazione Scolastica da ogni responsabilità connessa a tale rientro anticipato e si dichiara consapevole delle eventuali conseguenze di tale rientro anticipato con riferimento ad eventuali azioni risarcitorie intraprese.

Monopoli, _____

(firme)



Istituto Comprensivo "VITO INTINI"
Via Dieta, 2 - telefono e fax 080742610 - 080747072
Codice meccanografico BAIC875005 - Codice fiscale 93423420723
Codice Univoco Ufficio UFZFDS
e-mail: baic875005@istruzione.it - baic875005@pec.istruzione.it
<http://www.primoicmonopoli.edu.it>
70043 MONOPOLI (Bari)



Scuola Infanzia "Mons. C. Ferrari"
Viale A. Moro - 0809301634

Scuola Primaria "V. Intini"
Via Dieta - 080747072

Scuola Secondaria "V. Sofo"
Via Sant'Anna - 080802303

Prot. n. _____ / _____

Monopoli, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA l'istanza presentata dai genitori dell'alunno _____ ;
PRESO ATTO che, come specificato nel certificato medico allegato alla suddetta istanza, l'alunno/a stesso/a è in condizioni di salute che non precludono la frequenza scolastica;
TENUTO CONTO, altresì, che i genitori del/la suddetto/a minore sollevano da ogni responsabilità l'Amministrazione Scolastica in ordine al rientro a scuola in data anteriore rispetto alla prognosi relativa all'infortunio occorso;

RIAMMETTE

in data _____ l'alunno/a _____ alla frequenza delle attività didattiche.

I genitori sono invitati, tuttavia, a concordare con i docenti eventuali adattamenti di orario, in modo da evitare la presenza a scuola nei momenti in cui si effettuano attività di libero movimento (ingresso, uscita, attività motorie), durante le quali maggiore sarebbe l'eventualità che i compagni possano coinvolgere involontariamente l'alunno/a in situazioni rischiose rispetto al suo attuale stato di salute.

Una volta concordati eventuali adattamenti di orario, gli stessi verranno resi noti alla scrivente e ai collaboratori scolastici (al fine di consentire l'accesso al di fuori del regolare orario di accesso).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(dott.ssa Liliana Camarda)

Per ricevuta, I Genitori:

P.p.v., I Docenti di classe:

P.p.v., Il Collaboratore Scolastico
