



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**UFFICIOSCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRESIVO "ANGELICABALABANOFF" RMIC81500N**

Sede Amministrativa e Scuola Sec.1°: Via A. Balabanoff, 62-00155 Roma - Tel./Fax: 064070038  
Scuola Primaria: Via A. Balabanoff, 60 - Tel. 0640500480 - Sede Scuola Sec. 1°: Via Scalarini, 25 - Tel. 064065398e-mail:  
[rmic81500n@istruzione.it](mailto:rmic81500n@istruzione.it); [pec\\_rmic81500n@pec.istruzione.it](mailto:pec_rmic81500n@pec.istruzione.it); - sito web: <http://www.icbalabanoff.edu.it/>  
C.F. 97061100588 - CCPn. 57503005 - C.U.F.E. UF4M

Al Dirigente Scolastico

Dell'I.C. "A. Balabanoff"

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI TUTORI, GRUCCE O SEDIA A ROTELLE.**

I sottoscritti ..... genitori/ tutori/ affidatari dell'alunno/a  
..... Iscritto/a presso l'I.C. "Angelica Balabanoff", classe..... Sez.....  
plesso.....

Dichiarano

Di assumersi piena responsabilità, sollevando l'istituto da ogni responsabilità, per il rientro a scuola del proprio/a 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 di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Roma, lì.....

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI

.....  
.....