

**DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI
MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, O STAMPELLE**

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

genitori dello/della studente/studentessa _____

della classe _____

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a risulta legittimato alla frequentazione degli ambiti scolastici in virtù della certificazione medica in allegato alla presente, e che quindi non sussistono pericoli per la sicurezza per la salute del proprio figlio/a.

Dichiarano contestualmente che la gestione della frequentazione e degli spostamenti all'interno degli ambienti scolastici avverrà in forma del tutto autonoma senza aggravio all'organizzazione scolastica, fatto salvo situazioni di carattere eccezionale.

Si porta inoltre a conoscenza

Pertanto, i sottoscritti dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, 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 dalla Dirigente Scolastica.

Livorno lì _____

In fede _____