



ISTITUTO COMPRESIVO *Rina Monti Stella*
Via Alle Caserme
28922 Verbania Pallanza

tel 0323-556713
e-mail VBIC813002@istruzione.it
pec VBIC813002@pec.istruzione.it

codice meccanografico VBIC813002
codice fiscale 93034760038
codice fatturazione elettronica UFLPK6



Prot. del

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____
frequentante nel corrente anno scolastico _____/_____ la
classe _____ della Scuola _____
dell'Istituto Comprensivo *Rina Monti Stella* di Verbania Pallanza
in relazione all'infortunio avvenuto in data _____ (v. certificazione
medica del _____ con prognosi di gg. _____)

C H I E D O N O

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a frequentare le lezioni.
A tal fine allegano il certificato rilasciato dal medico curante,
comprovante l'idoneità alla frequenza nonostante l'infortunio subito.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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.

Verbania, _____

Firma di entrambi i genitori _____

