



*Liceo Statale Francesco Cecioni*

*Liceo Artistico - Liceo Linguistico - Liceo Scientifico  
Liceo delle Scienze Applicate - Liceo delle Scienze Umane*



## **DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

genitore (o chi ne fa le veci) dello/a studente/essa \_\_\_\_\_

iscritto/a a codesta Scuola, Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

di assumersi la responsabilità per il rientro a scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevole di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Livorno, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* In caso di unico genitore firmatario, nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, genitore unico firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Visto e **approvato** dal Dirigente scolastico (o delegato)

Visto e **non approvato** dal Dirigente scolastico (o delegato)

FIRMA \_\_\_\_\_

**Liceo Statale "Francesco Cecioni" via Galilei, 58/60 - 57122 Livorno – c.f. 80007560495**



[www.liceocecioni.edu.it](http://www.liceocecioni.edu.it)



[lips030007@istruzione.it](mailto:lips030007@istruzione.it)



[lips030007@pec.istruzione.it](mailto:lips030007@pec.istruzione.it)



0586422203