



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "BARIANO"  
Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di Bariano

**Richiesta autorizzazione di frequenza a scuola a seguito di intervento chirurgico**

Il/La sottoscritto/a  genitore/tutore dell'alunno  
 nato/a a  il   
residente a  in via  n.   
frequentante la classe  della scuola  di   
In relazione all'intervento avvenuto in data

**DICHIARA**

- 1 che non sussistono impedimenti alla frequenza scolastica del/della proprio/a figlio/a, nonostante l'intervento subito;
- 2 di assumersi la responsabilità del rientro a scuola del/della proprio/a figlio/a per il periodo di post intervento, consapevole di eventuali conseguenze dovute alle limitazioni che ne derivano;
- 3 di impegnarsi a rispettare le misure organizzative eventualmente adottate in accordo con il Dirigente Scolastico o con un Suo delegato.

**CHIEDE**

che il/la proprio/a figlio/a possa frequentare la scuola nonostante abbia una prognosi di giorni   
dovuta a  come da prescrizione medica allegata.

Eventuali indicazioni del medico specialista in merito a precauzioni da mettere in atto al momento del rientro scolastico dell'alunno:

La famiglia esonera la scuola da qualsiasi responsabilità rispetto al verificarsi di situazioni conseguenti alle limitazioni dovute all'intervento e/o al mancato rispetto da parte della famiglia delle misure organizzative concordate con l'istituzione scolastica.

Data:

Firma del genitore/ tutore

\_\_\_\_\_