

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
Tiziana Weiss  
TRIESTE

**Oggetto: infortunio di data \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto/a

per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della

- Scuola dell'Infanzia Laghi
- Scuola Primaria Laghi
- Scuola Primaria Giotti
- Scuola Secondaria di I° grado Stuparich

in relazione all'infortunio di cui all'oggetto

d i c h i a r a

- ◇ di aver fatto visitare l'alunno/a dal medico presso il pronto soccorso e allega verbale medico;
- ◇ di non aver ritenuto di far visitare l'alunno/a dal medico.

**Il/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

**N.B.: da restituire via mail [tsic80300d@istruzione.it](mailto:tsic80300d@istruzione.it) entro 24 ore dall'infortunio.**

Trieste,