
	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"</b>	
	<b>FREQUENZA SCOLASTICA ALUNNI IN CONDIZIONI FISICHE PARTICOLARI PER UN PERIODO TEMPORANEO MOD. IT2</b>	

Segrate, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_ sez. \_\_\_  
 della scuola \_\_\_\_\_ in merito all'infortunio  
 occorso in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, causa di inabilità temporanea dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### COMUNICA

che l'alunno/a prosegue con la prognosi dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ come  
 da certificato medico allegato. Allo scadere di questo ulteriore periodo di prognosi si  
 impegna a comunicare l'eventuale prosecuzione delle condizioni precedenti.

Con la presente dichiara inoltre di sollevare l'istituto da qualsiasi responsabilità civile o  
 penale del caso.

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

#### **Spazio riservato all Ufficio scolastico (non compilare)**

Vista la domanda  
 O si autorizza

Il Dirigente Scolastico  
 Dott.ssa Elisabetta Trisolini