



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ A. D’Avino”

**Scuola secondaria di primo grado ad indirizzo musicale**

80040 - via Monte STRIANO (NA)

Tel 081 8277140 Fax 081 8654746

Posta elettronica [naic855005@istruzione.it](mailto:naic855005@istruzione.it) PEC: [naic855005@pec.istruzione.it](mailto:naic855005@pec.istruzione.it)

CODICE FISCALE 82011020631

<http://www.istitutodavinostriano.edu.it>

I.C. "ANTONIO D'AVINO" - STRIANO  
Prot. 0007903 del 11/09/2024  
IV (Uscita)

Alla Comunità scolastica  
All'Albo  
Agli Atti  
Al Sito web

**OGGETTO: attestazioni e certificati medici per il rientro a scuola in caso di presenza di medicazioni/suture o apparecchi gessati.**

Si forniscono alle SS.LL. chiarimenti e indicazioni in merito agli attestati per il rientro a scuola in caso di presenza di medicazioni/suture o apparecchi gessati, precisando che, ai fini della riammissione a scuola, è necessario esibire i seguenti documenti come da modulistica allegata:

:

1. Dichiarazione dei genitori/tutori/soggetti affidatari per la riammissione in caso di presenza di medicazioni suture o apparecchi gessati
2. Certificato di riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni o apparecchi gessati del proprio medico curante

*Il Dirigente Scolastico*  
***Prof.ssa Fortunata Salerno***

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice  
dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'I.C. "A. D'Avino"  
di Striano

OGGETTO: DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI  
MEDICAZIONI/SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
(Madre) (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell'alunna/o

\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

- Scuola dell'Infanzia       Scuola Primaria       Scuola Secondaria di I grado

DICHIARANO

di assumersi la piena responsabilità per il rientro a scuola del figlio/a che ha subito un trauma recente e presenta:

- Medicazioni  
 suture  
 apparecchi gessati

consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere rispettare le prescrizioni previste nel regolamento d'istituto e le misure organizzative adottate dal dirigente scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico. Si allega Certificato medico di riammissione in caso di trattamento con medicazioni/suture o apparecchi gessati.

Striano, \_\_\_\_\_

In fede

Firma della Madre \_\_\_\_\_ Firma del Padre \_\_\_\_\_

OGGETTO: CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON  
MEDICAZIONI/SUTURE O APPARECCHI GESSATI

Si certifica che l'alunno alunna/o \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
in seguito all'infortunio/evento avvenuto il \_\_\_\_\_ che ha comportato un trattamento con  
prognosi \_\_\_\_\_ non presenta, da un punto di vista medico, ostacoli alla frequenza delle  
lezioni ad esclusione della partecipazione ad attività motoria azione fisica.

Si rilascia al genitore di \_\_\_\_\_ su propria richiesta.

In fede

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_