****

 

Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**Istituto Comprensivo “Città dei Bambini”**

Via San Giorgio,25 - 00013 Mentana (Roma)

Codice Fiscale 97713170583 – http://www.iccittadeibambinimentana.gov.it/

 06.909.00.91  06.90.90.491: [RMIC8DP005@istruzione.it](mailto:RMIC8DP005@istruzione.it)

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI**

**MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

Il/i sottoscritto/i……………………………………………………………………..

Genitore/i (o chi ne fa le veci) dell’alunno/a………………………………………..

Iscritto/a in questo Istituto infanzia primaria secondaria di I grado

Classe……………….sezione………………

DICHIARANO

Di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato)

Mentana………………………

In fede

Firma dei genitori (o di chi ne fa le veci)

………………………..

………………………..

*(i dati personali da lei forniti sono trattati nel rispetto della, o in conformità con, la normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento a: 1 – Il Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 art. 13 GDPR, 2 – il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 – Codice Privacy – come novellato dal Decreto Legislativo n. 101 del 10 agosto 2018; e ogni altro atto provvedimento, regolamento o disposizione delle competenti autorità per la protezione dei dati personali – “Normativa Privacy”.)*