



Alla Dirigenza
Istituto Comprensivo BZ 2 – Don Bosco
Viale Druso, 289
39100 BOLZANO

INFORTUNIO -- RINUNCIA CONSULENZA MEDICA

I sottoscritti:

madre _____ nata il _____

padre _____ nato il _____

tutore _____ nata/o il _____

dell'alunna/o _____ Nata/o il _____

Iscritta/o alla classe _____ anno scolastico 20______ alla scuola

primaria **Don Bosco** primaria **A. Langer** secondaria di primo grado **A. Negri**

in relazione all'infornuto occorso al/la proprio/a figlio/a in data _____

presso _____

RITIENE DI NON avvalersi della consulenza medica.

Firma di chi esercita la podestà genitoriale

Data

Firma della madre

Firma del padre

Firma del tutore

(Se firma 1 solo genitore)

La/il sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data

Firma della/del dichiarante