

Modulo di rinuncia al pronto soccorso

Il/La sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____

DICHIARA

di essere stato/a tempestivamente informato/a dall'Istituzione Scolastica dell'infortunio
occorso al proprio/a figlio/a in data ____/____/____ alle ore ____.

Dopo essere stato/a informato/a delle possibili conseguenze, DECIDE di NON
accompagnare l'alunno/a al Pronto Soccorso e di lasciarlo/a a scuola sotto la responsabilità
del personale scolastico fino al termine delle attività didattiche.

Si solleva pertanto l'Istituzione Scolastica da ogni responsabilità derivante dalla mancata
valutazione medica immediata.

Data _____

Firma del genitore _____