AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’I. C. CARAPELLE (FG)

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre/Padre dell'alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritt \_\_ alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola

[ ]  PRIMARIA [ ]  SECONDARIA

**RICHIEDE L’ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI EDUCAZIONE FISICA**

per i motivi riportati nel certificato medico allegato, che qui si sintetizzano:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Allegato: Certificato medico.**

*Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa di codesta Scuola ai sensi del D****.****Lgs****.*** *196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art****.*** *13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n****.****305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari….».*

Carapelle, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*A cura dell’Istituto Comprensivo “Carapelle” (FG)*

Visto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_