

OGGETTO: RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI SCIENZEMOTORIE

Il/ La sottoscritto/a _____ [_] padre [_] madre [_] tutore
dell'alunno/a _____ classe
_____ sez. _____ Scuola

Infanzia "Via Amburgo" Infanzia "Elsa Morante" Infanzia "Leonardo da Vinci"
 Primaria "Via Amburgo" Primaria "Elsa Morante" Secondaria I Grado "A.Toscanini"

nell' a. s. _____ / _____

CHIEDE

l'esonero dalle attività pratiche di scienze motorie per l'alunno/a
_____ per i motivi
riportati nel certificato medico allegato, per il periodo dal __/__/__ al __/__/__.

Allegato:

- Certificato medico

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa de codesta Scuola ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"; 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 D.M. 305/2006 "Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...".

Aprilia, _____

Firma

VISTO: Si Autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Rosalia Marino

(Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi art. 3 c.2 L.39/93)
