Alla C.A. del Dirigente Scolastico

I.C. “Arturo Toscanini”

Aprilia

# OGGETTO: RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE

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

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**Prof.ssa Antonella Rinaldo**

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