

Al Dirigente Scolastico

.....

Oggetto: RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI SCIENZE
MOTORIE

Il/la sottoscritt_[] padre [] madre [] tutore
dell'alunn. :
della classe.....nell'Anno Scolastico 20...../20....

CHIEDE

l'esonero dalle attività pratiche di Scienze motorie peri... propri... figli.... per i motivi
riportati nel certificato medico allegato, 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....».

.....
luogo e data

.....
Firma

VISTO L'insegnante

.....

.....