

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI EDUCAZIONE FISICA

Il/la sottoscritt_ _____

|_| padre |_| madre |_| tutore dell'alunn_

_____ della classe _____ nell'anno scolastico _____ / _____ .

CHIEDE

l'esonero dalle attività pratiche di Educazione Fisica per ___l___ 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