****

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VIA MANIAGO**

**Via Maniago, 30 – 20134 Milano**

**C.F. 97154750158 - cod. mecc. MIIC8D4005 Tel. 02.88440293**

e-mail: *miic8d4005@istruzione.it*Posta Cert. m*iic8d4005@pec.istruzione.it*

**Scuola Primaria** **“E. FERMI”** Via Carnia, 32 - 20132 Milano - tel. 02.88444882

**Scuola Primaria “B. MUNARI”** Via Feltre, 68/1 – 20134 Milano - tel. 02 88440193

**Scuola Secondaria 1^grado “D. BUZZATI”** Via Maniago, 30 – 20134 Milano - tel. 02.88440293

Al Dirigente Scolastico

dell’ICS via Maniago

Prof.ssa Simona Quilici

**Oggetto**: RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITÀ PRATICHE DI EDUCAZIONE FISICA

ll/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|\_| padre |\_| madre |\_| tutore dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe\_\_\_\_ della scuola

 primaria plesso “E.Fermi” “B.Munari”

secondaria

nell’Anno Scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_

CHIEDE

**l’esonero dalle attività pratiche** di Educazione Fisica per il/la proprio/a figlio/a 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*