Al Dirigente Scolastico
I.C. UGGIATE TREVANO

Oggetto: RICHIESTA ESONERO DALLE ATTIVITA' PRATICHE DI SCIENZE MOTORIE

Il /la sottoscritt_ …….

□ padre □ madre □ tutore

dell'alunn_ : …… iscritt… alla classe: …… sez……..

nell'anno scolastico 202___ /202___ del Vostro Istituto

CHIEDE

L'esonero delle attività pratiche di Scienze motorie per …… propri… figli…. per i motivi riportati nel

certificato medico allegato, per il seguente periodo:

dal …….. al ……

Allegato: Certificato medico

Non verranno accettati certificati rilasciati da Pronto Soccorso, ovvero qualunque certificato che riporti patologie.
Nel certificato deve essere solo specificato il periodo per cui l'alunno è esonerato.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesto Istituto ai sensi del Regolamento GDPR 2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della Scuola per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

…… ……
luogo e data Firma del dichiarante