



**Al Dirigente Scolastico
Dell'IIS "Alberti-Dante"
di Firenze**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. (____) il _____

residente a _____ prov. (____) c.a.p. _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

In qualità di padre madre tutore

dell'alunno/a _____ classe _____ sez _____ indirizzo _____

oppure

alunno maggiorenne frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____

CHIEDE

Esonero PARZIALE TOTALE

dall'attività fisica durante le lezioni di scienze motorie, per n. giorni _____ dal _____ al _____

per le motivazioni riportate nel certificato medico allegato.

Data ____/____/____

(Firma del richiedente)

Vista la certificazione

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

Il Dirigente Scolastico