AL DIRIGENTE
SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
DI GONARS

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____

chiede

che venga concesso l'esonero _____
(totale permanente – totale temporaneo – parziale permanente – parziale temporaneo)

dal _____ al _____ dalle lezioni di scienze motorie come risulta da certificato medico rilasciato da _____ in data _____

data, _____ firma _____

Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO DI GONARS
Codice fiscale 81002680304 - Via Torviscosa, 8
Tel. 0432.993036 - fax 0432.992984 33050 GONARS
pec: udic83200g@pec.istruzione.it

VISTO: si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO