ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE
"GINO ZAPPA"
Via Achille Grandi. 4 - 21047 Saranno (VA)
Telefono: 02 960 31 66 - **Fax:** 02 967 014 31
Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - **Cod.Fisc.:** 94000170129 - **Cod.Meec.:** VATD08000G
E-mail: vatd08000g@istruzione.it - **PEC:** vatd08000g@pec.istruzione.it
Sito web: www.itczappa.edu.it

Sistema Qualità
UNI EN ISO 9001
ED 2015

Al
Dirigente Scolastico
ITC "G. Zappa"
Saronno

Oggetto: RICHIESTA ESONERO DALLE LEZIONI SCIENZE MOTORIE A.S. _____/_____

Il sottoscritto / Il sottoscritto genitore dello studente_____

_____ frequentante la classe _____

C H I E D E

l'esonero □ PARZIALE (svolgimento parziale delle attività motorie)
□ TOTALE (svolgimento solo teorico)

dalle lezioni di scienze motorie del docente _____
(indicare il nominativo)

☐ **per tutto il corrente a.s. _____/ _____**

☐ **per il periodo dal _____ al _____**

A tal fine allega il certificato medico con la precisazione se trattasi di esonero parziale o totale e della durata dello stesso.

Dichiara di essere consapevole che l'esonero, sia totale che parziale, prevede comunque l'obbligo della valutazione e della frequenza delle lezioni

Sarà cura del sottoscritto contattare direttamente il sopraccitato Docente per segnalare eventuali problematiche.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci
oppure
Firma dello studente maggiorenne

Saronno, _____ _____

Al Docente interessato

Si prega accusare ricevuta a mezzo mail al seguente indirizzo segreteriadidattica@itczappa.it