|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTOCOMPRENSIVOALBANO**  Albano S. Alessandro e Torre de’ Roveri - via Dante Alighieri, 13/A – 24061 Albano S. Alessandro (BG)  tel.: 035/4521312 - C.F.:95119160166 - CODICE UNIVOCO UFE5PF  [bgic817006@pec.istruzione.it](mailto:bgic817006@pec.istruzione.it) - [bgic817006@istruzione.it](mailto:bgic817006@istruzione.it) - [www.icalbano.edu.it](http://www.icalbano.edu.it) | marchio |

**Al Dirigente Scolastico dell’ Istituto Comprensivo di**

**Albano Sant’Alessandro**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la Scuola Primaria/Secondaria di I° GRADO di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’esonero dall’ attività di Educazione fisica per i giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega certificazione medica

Albano Sant’Alessandro, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO, SI CONCEDE**

**Il Dirigente Scolastico**

**Aroldo Naselli**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art.3 comma 2 D.to L.vo 39/93)