

*Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S.S. CARAVAGGIO  
Viale C.T. Odescalchi, 75  
00147 Roma*

*Sede Odescalchi*

*Sede Oceano Indiano*

*Sede Argoli*

**Studente minore**

*Il/La sottoscritt* \_\_\_\_\_

*genitore dello studente* \_\_\_\_\_

*nato/a a* \_\_\_\_\_ *prov.* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*frequentante la classe* \_\_\_\_\_ *sezione* \_\_\_\_\_ *nell'anno scolastico* \_\_\_\_\_

**Studente maggiorenne**

*Il/La sottoscritt* \_\_\_\_\_

*nato/a a* \_\_\_\_\_ *prov.* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*frequentante la classe* \_\_\_\_\_ *sezione* \_\_\_\_\_ *nell'anno scolastico* \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

*l'esonero dalle esercitazioni pratiche di Scienze Motorie e Sportive*

*Temporaneo dal* \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ *al* \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

*(Si allega Certificato medico rilasciato dal Medico curante o dal Medico specialista)*

*Per l'anno scolastico* 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_ *con decorrenza* \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

*(Si allega Certificato medico rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale – Dipartimento Medicina Legale – (Art. 303 Decreto Legislativo 16 Aprile 1994, n° 297)*

*Il/La sottoscritt* \_\_\_\_\_ *è consapevole che l'esonero non esime lo studente dal partecipare alle lezioni di Scienze Motorie e Sportive.*

**Roma,** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

VISTA LA RICHIESTA PRESENTATA, SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
PROF. SSA ADELE BOTTIGLIERI