



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "GEMELLI CARERI"

Corso Aspromonte - 89014 Oppido Mamertina (RC) - Tel. 096686186

email: rcis02200t@istruzione.it pec: rcis02200t@pec.istruzione.it

sito web: www.isoppido.edu.it



ALLEGATO

OGGETTO: Esoneri dall'attività pratica di Scienze motorie e sportive – a.s. 2025/2026.

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

in qualità di: ☐ genitore/i ☐ esercente la responsabilità genitoriale
dello studente

NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ corso _____

CHIEDE

che venga riconosciuto l'esonero:

☐ parziale (vedasi certificazione medica allegata) ☐ totale

☐ permanente ☐ temporaneo (specificare sino a quando _____)

dall'attività pratica di Scienze motorie e sportive, per i motivi di cui all'allegata certificazione medica.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega alla presente:

- Copia/e del documento di identità in corso di validità del/i richiedenti;
- Certificazione medica.

_____, _____

Firma

In caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ prov. _____ via/piazza _____
cap _____ DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (tipo e numero) _____ / _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di aver perfezionato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337^{ter} e 337^{quater} del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Certificazione medica.

_____, _____

Firma
