

**Al Dirigente Scolastico**  
**dell'ISS 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. FLAVIO DE CAROLIS**