Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo

………….

**OGGETTO: Modulo richiesta esonero all’uso della mascherina per alunni con patologie o disabilità.**

I sottoscritti .......................................................................................................................... (madre) ............................................................................................................................ (padre) genitori dell’alunn…. ........................................................................................... frequentante la Scuola …………………………………………………… □ Primaria □ Secondaria di I grado

classe: ……………. sez.............. anno scolastico 2021/2022 di questa Istituzione Scolastica,

 come da certificato redatto da parte del proprio Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS) allegato, ritengono di dover segnalare:

□ l’esonero dall’obbligo di uso continuativo o per periodo prolungato della mascherina;

□ l’esonero assoluto dall’obbligo di uso della mascherina.

I sottoscritti esonerano il Dirigente Scolastico da ogni responsabilità in merito all’eventuale contagio da COVID 19 per il proprio figlio/a.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione all’indirizzo e-mail ………………………..

Data………………………. Firma di entrambi i genitori

 ……………………….

 ……………………….