

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

.....

.....