

Modello D1
COMUNICAZIONE RISERVATA DI LIMITAZIONI SANITARIE
E RICHIESTA DI ESONERO DALLE ESERCITAZIONI PRATICHE DI ATTIVITÀ MOTORIA
(Da compilare solo in caso di necessità - Validità limitata al periodo indicato nella certificazione medica)

I sottoscritti (COMPILARE IN STAMPATELLO):

_____ nato a _____ il _____
(COGNOME e NOME del padre/tutore legale/affidatario)

_____ nata a _____ il _____
(COGNOME e NOME della madre/tutore legale/affidataria)

in qualità di genitori, tutori, affidatari o soggetti esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

_____ nato/a a _____, il _____
(COGNOME e NOME)

frequentante, alla data della sottoscrizione: ☐ la Scuola dell'infanzia, ☐ la Scuola Primaria, ☐ la Scuola Secondaria di I grado, del plesso di: ☐ Corropoli, ☐ Colonnella ☐ Controguerra, classe _____ sezione _____, sulla base della certificazione medica allegata e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

COMUNICANO/RICHIEDONO

Periodo interessato: dal _____ al _____

☐ **PARTECIPAZIONE CON CAUTELE O LIMITAZIONI FUNZIONALI.** L'alunno/a può partecipare alle attività motorie, nel rispetto delle cautele e delle prescrizioni specificate nella certificazione medica allegata.

☐ **ESONERO PARZIALE DALLE ESERCITAZIONI PRATICHE.** L'alunno/a è esonerato/a esclusivamente dall'esecuzione dei singoli esercizi o attività pratiche indicati dal medico, mantenendo la partecipazione alle restanti attività compatibili.

☐ **ESONERO TOTALE DALLE ESERCITAZIONI PRATICHE.** L'alunno/a non può svolgere attività fisica pratica per il periodo indicato nella certificazione medica.

Indicazioni sintetiche per il docente (riportare esclusivamente le prescrizioni rilevanti, senza diagnosi cliniche):

L'esonero riguarda esclusivamente le esercitazioni pratiche incompatibili con le condizioni certificate e non comporta l'esonero dalla frequenza delle lezioni. L'alunno/a partecipa alle attività teoriche, osservative, organizzative o adattate individuate dal docente. La comunicazione e l'eventuale esonero cessano alla scadenza indicata. Ogni proroga, modifica o cessazione anticipata deve essere comunicata mediante nuova documentazione.

Ai sensi della normativa sulla privacy, la certificazione medica da allegare al presente modulo deve attestare la sola inidoneità/limitazione pratica e la durata dell'esonero, senza indicare la patologia o diagnosi clinica nel dettaglio. Il certificato non deve contenere prescrizioni di assistenza personale (es. accompagnare al bagno, tenere il piede sollevato, ecc.), in quanto la scuola non dispone di personale dedicato a tali mansioni.

_____, _____ Firme congiunte dei genitori/tutori/affidatari

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata. La dichiarazione sottoscritta dagli interessati va corredata dalla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità dei dichiaranti.

NEL CASO IN CUI LA DICHIARAZIONE SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiaro sotto la mia personale responsabilità:**

- ☐ che la scelta/richiesta è stata effettuata con il consenso dell'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale.
- ☐ di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/a.

Firma (leggibile) _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs n. 196/2003:

I dati personali e le informazioni sanitarie acquisite saranno trattati in modalità strettamente riservata e garantita ed usati esclusivamente per la gestione dell'esonero dalle attività pratiche e la tutela della salute del minore, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).