

Al Dirigente Scolastico  
dell' **ISIS "I. NEWTON"** VARESE  
Via Zucchi 3/5  
21100 VARESE

**Oggetto: Richiesta di esonero dalle attività di laboratorio**

... I ... sottoscritt. ....

(cognome e nome del genitore in caso di alunno/a minorenni)

**CHIEDE**

l'esonero dalle attività di laboratorio del/lla proprio/a figlio/a

.....

(cognome e nome dell'alunno/a se minorenni) ,

classe ....., sezione.....specializzazione .....

nel periodo compreso dal ..... al .....

Allega alla presente certificato medico rilasciato dal/la dott./ssa .....

Varese, li .....

Firma dell'alunno/a (Se maggiorenne)

.....

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....