



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*



**Istituto di Istruzione Superiore "Benedetto Castelli"**

Istituto Tecnico Settore Tecnologico, Scuola in Ospedale

Via Cantore, 9 25128 Brescia tel. 030/3700267 fax 030/395206 e-mail [segreteria@itiscastelli.it](mailto:segreteria@itiscastelli.it)

cod. fiscale 80048510178 - cod. unico fatturazione UFE3MI - cod. ipa istsc\_bsis037004 - cod. mecc. BSIS037004

PEC: [bsis037004@pec.istruzione.it](mailto:bsis037004@pec.istruzione.it) - SITO: [www.iiscastelli.gov.it](http://www.iiscastelli.gov.it)

Al Dirigente Scolastico  
IIS "Benedetto Castelli" Brescia

\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore dell'allievo \_\_\_\_\_  
frequentante nel corrente anno scolastico la classe \_\_ sez. \_\_ di questo Istituto, con la  
presente chiede che il proprio/a figlio/a venga esonerato/a dall'attività pratica della lezione  
di Educazione Fisica con il docente \_\_\_\_\_ come da certificazione  
medica allegata.

Brescia, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Si allega certificato medico.