

**DOMANDA AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO CONCLUSIVO DEL I CICLO DI ISTRUZIONE – CANDIDATI RICOVERATI IN OSPEDALE O IMPOSSIBILITATI A LASCIARE IL PROPRIO DOMICILIO PER MOTIVI SANITARI**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Manzoni - Castellanza

I sottoscritti

A) \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

B) \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**esercenti la potestà genitoriale del minore**

\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in (Via, Comune e CAP) \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

che il suddetto minore possa sostenere, in qualità di candidato

ospedalizzato nel seguente luogo di cura : \_\_\_\_\_

impossibilitato a lasciare il proprio domicilio per gravi motivi di salute

l'esame di Stato di compimento del primo ciclo di istruzione presso la scuola secondaria di primo grado "Ardigò" nella sessione del mese di giugno dell'anno \_\_\_\_\_

A tal fine

**Allegano:**

- fotocopie dei documenti di identità dei genitori/tutori e dell'alunna/o
- documentazione comprovante l'impedimento oggettivo

Castellanza, \_\_\_\_\_

Firma A <sup>(1)</sup>

Firma B <sup>(1)</sup>

---

**Dichiarazione di avvenuta informazione relativa al trattamento dati personali**

I sottoscritti dichiarano di aver letto l'“*Informativa sul trattamento dei dati personali degli alunni e delle loro famiglie*” pubblicata sul sito dell'Istituto Comprensivo Manzoni di Castellanza. Dichiarano, altresì, di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

Castellanza, \_\_\_\_\_

Firma A <sup>(1)</sup>

Firma B <sup>(1)</sup>

---