

INTESTAZIONE STRUTTURA SANITARIA

**Ai Dirigente scolastico....**

**Ai docenti della scuola....**

**A chi di competenza....**

**OGGETTO: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

Con la presente si certifica che l'alunno ..... nato a ..... il ....., iscritto alla classe .... del ....., è attualmente in cura presso la clinica di .....  
Per

il trattamento a cui è sottoposto  
stato di grave immunodeficienza  
condizioni di immobilizzazione  
altro .....

non potrà frequentare la scuola fino a .....

Pertanto si richiede l'attivazione del servizio di insegnamento domiciliare, per quanto possibile, in riferimento alla C.M. 149 prot. 40 del 10/10/2001 ed alla C.M. 56 prot. 591 del 4/07/2003.

In fede,

Il medico di reparto .....

**Al Dirigente scolastico della**

**OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ chiede che il proprio figlio possa  
fruire del servizio scolastico presso il proprio domicilio:

Città: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

A partire dal giorno \_\_\_\_\_ e presumibilmente fino a

\_\_\_\_\_

**DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO/A**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Iscritto alla classe \_\_\_\_\_ della scuola media \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Prima lingua straniera: \_\_\_\_\_

Seconda lingua straniera: \_\_\_\_\_

Firma di genitore