Mod.S

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

.....

Al genitore di .....

A chi di competenza.....

AI FINI DELLA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Con la presente si certifica che l'alunno.....

nato a..... il....., iscritto alla classe.....

della Scuola/Istituto..... è attualmente in cura presso il reparto

di..... dell'Ospedale

.....

Per i seguenti motivi:

☐ trattamento a cui è sottoposto

☐ stato di grave immunodeficienza

☐ condizioni di immobilizzazione

☐ altro (descrivere) .....

non potrà frequentare la scuola dal..... al.....
(e per almeno 30 giorni).

Pertanto si richiede l'attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare, per quanto possibile, in riferimento alla C.M. 149 prot. 40 del 10/10/2001 ed alla C.M , Prot. 5296 del 26 settembre 2006

In fede,

Data .....

Il medico di reparto ..... Timbro