Mod.G

Al Dirigente scolastico della Scuola

.....

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

☐ **l'Ospedale** .... **Reparto** .....

☐ **la casa-alloggio di Via** ..... **Comune** .....

☐ **il proprio domicilio di Via** ..... **Comune** .....

Indirizzo completo: _____ CAP _____

Recapiti telefonici: _____

A partire dal giorno _____ e presumibilmente fino al _____

DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO/A

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ tel. _____

Iscritto alla classe _____ dell'Istituto _____

Via _____

tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Lingue straniere: _____

_____

N. B. Solo per la Scuola secondaria di II grado indicare le materie di indirizzo:

.....

Firma del genitore

Data.....