

Al/Alla Dirigente scolastico/a della Scuola

---

**RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_

chiede che il/la proprio/a figlio/a 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 \_\_\_\_\_  M  F

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

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

Via \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_  primaria  sec. I gr  sec. II gr

dell'Istituto \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

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

---

Firma del genitore

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_