

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

Al genitore o a chi di competenza

Al fine di poter avviare la procedura per la richiesta e l'attivazione del servizio di istruzione domiciliare, con la presente si certifica che

l'alunno/a _____

nato/a a _____ Prov _____

il _____, iscritto alla classe _____ primaria sec. I gr sec. II gr

dell'Istituto _____ Comune _____

è attualmente in cura presso il reparto di _____

dell'Ospedale _____

oppure

presso _____

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)*.

Si rilascia il presente certificato per consentire ai richiedenti di avviare le procedure necessarie per l'attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare nei modi che l'istituzione scolastica riterrà più opportuni e ai sensi della vigente normativa in materia.

Data _____

Il medico

Timbro