(FACSIMILE)

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al Dirigente scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ai docenti della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A chi di competenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

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

Per il trattamento a cui è sottoposto …………..(stato di grave immunodeficienza……….. condizioni

di immobilizzazione…..ecc.), 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.

………………….li …………………………

In fede

Il medico di reparto