

Al Dirigente scolastico della Scuola Polo del F.V.G.  
Istituto Comprensivo Dante Alighieri (TS)  
TSIC80800L@istruzione.it

**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.....