

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO o del medico dell'Azienda sanitaria

.....

Al genitore di

A chi di competenza

AI FINI DELLA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Con la presente si certifica che l'alunno/a.....

Nato/a a..... il....., iscritto alla classe..... o

alla sezione della scuola dell'infanzia dell'Istituto.....

è attualmente in cura presso il reparto di.....

dell'Ospedale

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.

In fede,

Data

Il medico

Timbro