

Al Dirigente Scolastico della Scuola

.....

OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

chiede che il/la proprio/a figlio/a possa fruire del servizio scolastico presso:

- ☐ **l'Istituto ospedaliero** **reparto**
- ☐ **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. _____ E-mail _____

Lingue straniere: _____

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

.....

Data

Firma del genitore

.....