

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA

Ai genitori/tutori/affidatari di _____

A chi di competenza _____

AI FINI DELLA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Con la presente si certifica che lo/la studente/ssa _____
nato/a a _____ il _____, iscritto/a alla classe ____ sez. ____
della Scuola/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 _____ (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 di reparto _____

Timbro