

## DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

---

Al genitore di \_\_\_\_\_

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

Al fine di poter avviare la procedura per la richiesta e l'attivazione del servizio di istruzione domiciliare, con la presente si certifica che

l'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_\_ 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.

Data \_\_\_\_\_

Il medico di reparto

---

Timbro