

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

.....

Al genitore di _____

A chi di competenza _____

Al fine di poter avviare la procedura per la richiesta di prosecuzione del servizio di istruzione domiciliare, con la presente si certifica che

l'alunno _____

nato a _____ Prov _____

il _____, iscritto alla classe _____ dell'Istituto _____

già ricoverato e 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) _____

necessita di ulteriori terapie e/o prestazioni sanitarie domiciliari, per cui non potrà frequentare la scuola dal _____ al _____

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 della struttura sanitaria territoriale

TIMBRO
