

Alla Dirigente scolastica della Scuola

---

### RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_  M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_  primaria  sec. I gr  sec. II gr

dell'Istituto \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Firma del genitore

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_