

(FACSIMILE)

CARTA INTESTATA DEL PRESIDIO SANITARIO

Al Dirigente scolastico _____

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Con la presente si certifica che l'alunna/alunno nata/o a..... il....., iscritto alla classe..... dell'Istituto plesso scolastico.....è attualmente in cura presso

Per il trattamento a cui è sottoposto si prevede che non potrà frequentare la scuola per un periodo di almeno 30 giorni e in particolare dal.....al.....

Pertanto si richiede l'attivazione del servizio di istruzione domiciliare in riferimento al D.M. 461 del 6 giugno 2019 "Linee di indirizzo nazionali per la Scuola in Ospedale e l'Istruzione domiciliare", secondo la seguente modalità, sulla base delle condizioni di salute dell'alunna/alunno:

- In presenza presso il domicilio dell'alunna/alunno
- Esclusivamente in modalità di didattica a distanza
- Sia in presenza presso il domicilio dell'alunno che in modalità di didattica a distanza

Osservazioni

.....
.....

.....li

In fede
Il medico di reparto