

Al/Alla Dirigente scolastico/a dell'Istituto  
\_\_\_\_\_**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

a.  l'Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_b.  la casa-alloggio di Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_c.  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 \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**N. B.** Solo per la Scuola secondaria di II grado indicare le materie di indirizzo:

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Cognome e nome 1° Genitore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (\*)

Cognome e nome 2° Genitore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (\*)

Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.