

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/ACognome _____ 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.