

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

Al genitore o a chi di competenza _____

Al fine di poter avviare la procedura per la richiesta e l'attivazione del servizio di istruzione domiciliare, con la presente si certifica che **l'alunno/a – studente/studentessa**

nato/a a _____ Prov _____

il _____, iscritto/a alla classe _____ primaria sec. I gr sec. II gr

dell'Istituto _____ Comune _____ Prov _____

è attualmente in cura

presso il reparto di _____

dell'Ospedale _____

oppure

presso _____

per i seguenti motivi

- trattamento a cui è sottoposto
- stato di grave immunodeficienza
- condizioni di immobilizzazione
- altro (descrivere) _____

(es. Stato di fragilità psicofisica che determina l'impossibilità di seguire le lezioni nei tempi e nei modi dell'ordinaria attività didattica svolta nella classe)

non potrà frequentare la scuola dal _____ al _____ *(e per almeno 30 giorni)*.

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

Si autorizza la presenza dei docenti presso l'abitazione dell'alunno/studente

Si autorizza alle seguenti condizioni _____

(es. titolazioni anticorpali per varicella, parotite, morbillo, rosolia; ciclo vaccinale completo anti Covid-19; ...)

Non si autorizza la presenza dei docenti presso l'abitazione dell'alunno/studente

In mancanza di autorizzazione le lezioni potranno essere svolte **solo on line in rapporto 1:1**

Data _____

Il medico (firma e timbro)
