

Al Dirigente scolastico della Scuola

.....

OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ chiede che il proprio figlio 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: _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ tel. _____

Iscritto alla classe _____ dell'Istituto _____

Via _____

tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Lingue straniere: _____

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

.....

Firma del genitore

Data.....