AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' Istituto.....
via/p.zza.....
località.....

e p.c.

Ufficio Scolastico Regionale
Ufficio VII
Via fattori, 60 - 90100- Palermo

I.C.S "G. E. Nuccio" –
Scuola Polo Ospedaliera
P.zza dell'Origlione,10
90123 Palermo

OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
iscritto/a presso il Vostro Istituto classe _____ sez _____ vista l'impossibilità
del/della figlio/a di frequentare le lezioni curricolari, per la patologia certificata,

Chiede

che il/la proprio/a figlio/a possa fruire del servizio di Istruzione Domiciliare (ai
sensi della C.M. n. 56 Prot. N. 591 del 04/07/2003) da effettuarsi presso il
proprio domicilio sito a _____ via _____ n° _____

Si allega certificazione medica rilasciata dalla struttura ospedaliera

Luogo.....data.....

Firma del richiedente