Allegato n.1



|  |  |
| --- | --- |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO “TEN. F. PETRUCCI”**  Via Ten. F. Petrucci, 16 – 05026 Montecastrilli (TR)  logoSZTel./Fax Uff.Segret. 0744 940235 –  [www.comprensivomontecastrilli.edu.it](http://www.comprensivomontecastrilli.edu.it)  [tric816004@istruzione.it](mailto:tric816004@istruzione.it) |  |

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

IC Montecastrilli

Oggetto: **Richiesta di Servizio Scolastico Domiciliare a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire del servizio scolastico presso il domicilio (DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA):

Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Abitazione

□ Struttura sanitaria presso cui è ricoverato l’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

a partire da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e presumibilmente fino a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati informativi dell’alunno/a**

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Prov. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tel. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



|  |  |
| --- | --- |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO “TEN. F. PETRUCCI”**  Via Ten. F. Petrucci, 16 – 05026 Montecastrilli (TR)  logoSZTel./Fax Uff.Segret. 0744 940235 –  [www.comprensivomontecastrilli.edu.it](http://www.comprensivomontecastrilli.edu.it)  [tric816004@istruzione.it](mailto:tric816004@istruzione.it) |  |

Allegato n. 2

CERTIFICATO MEDICO

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

OGGETTO: **Richiesta di attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare (didattica digitale integrata)**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* è attualmente in cura presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* è affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data la particolarità della situazione sanitaria non potrà frequentare la scuola dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’anno scolastico in corso. (*almeno 30 giorni di assenza anche non continuativa).*

Pertanto si richiede l’attivazione del servizio di insegnamento domiciliare in riferimento alla C.M.149 prot. 40 del 10.10.2001 e alla C.M. 56 prot.591 del 4.7.2003.

Il medico

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Lì**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nota: il certificato deve essere rilasciato dal medico ospedaliero ( .M. n. 149 del 10/10/2001) o dai servizi sanitari nazionali ( escluso, pertanto, il medico di famiglia) e non da aziende o medici curanti privati.