Intestazione ULSS

Al Dirigente scolastico del Liceo Bocchi- Galilei di Adria

Prof.ssa Silvia Polato

Ai Docenti della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del liceo Bocchi- Galilei di Adria

**Oggetto: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE.**

Con la presente si certifica che l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Liceo Bocchi- Galilei di Adria ,

è attualmente in cura presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per il trattamento a cui è sottoposto/a e per le cure di cui necessita

non potrà frequentare la scuola fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pertanto si richiede l’attivazione del servizio di insegnamento domiciliare, per quanto possibile, in riferimento alla C.M. 149 prot. n. 40 del 10/10/2001 ed alla C.M. 56 prot. n. 591 del 4/07/2003.

Data,

Il Medico Timbro