

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 anche a distanza le lezioni nei tempi e nei modi dell'ordinaria attività didattica svolta nella classe)

non potrà frequentare la scuola né le eventuali attività a distanza se la classe è in DaD 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**

☐ **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

Timbro