

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO

Si certifica che

l'alunno _____

nato a _____ Prov _____

il _____, iscritto alla classe _____ dell'Istituto _____

è attualmente in cura presso il reparto di _____

dell'Ospedale _____

è affetto da _____

non potrà frequentare la scuola dal _____ al _____.

Si rilascia il presente certificato per consentire l'attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare nei modi che l'istituzione scolastica riterrà più opportuni e ai sensi della vigente normativa in materia.

Data _____

Il medico di reparto

Timbro