

**DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO**

\_\_\_\_\_

Si certifica che

l'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a .....in via.....

attualmente in cura presso il reparto di \_\_\_\_\_

dell'Ospedale \_\_\_\_\_

è affetto da \_\_\_\_\_

pertanto 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