

## IL MEDICO DI FAMIGLIA O DI MEDICINA GENERALE

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Ai genitori/tutori/affidatari di \_\_\_\_\_

A chi di competenza \_\_\_\_\_

**AI FINI DELLA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

Con la presente si certifica che lo/la studente/ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, iscritto/a alla classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_  
della Scuola/Istituto \_\_\_\_\_ è attualmente in cura presso il reparto  
di \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

- trattamento a cui è sottoposto
- stato di grave immunodeficienza
- condizioni di immobilizzazione
- altro (descrivere) \_\_\_\_\_

non potrà frequentare la scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (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.

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_

Timbro