

Al Dirigente Scolastico della Scuola

Al Dirigente Scolastico
Liceo "G. Pascoli"
scuola polo per la scuola in ospedale
per la Toscana

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DELLA SCUOLA IN OSPEDALE
SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO**

Il/la sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a
il _____ a _____ residente
a _____
via _____ cittadinanza _____
recapito telefonico _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlia possa usufruire del servizio di scuola in ospedale.

A tal fine dichiara che l'alunno/a è iscritto nella classe _____ sez. _____
della scuola _____
di _____ prov. _____
data _____

firma _____