



Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
Direzione Generale

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 _____