

**Al Dirigente dell'Istituzione Scolastica  
dell'I.T.E.S. "Angelo Fraccacreta"**

**OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE**

Il/La sottoscritto/a (PADRE) \_\_\_\_\_ (MADRE)  
 \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
 \_\_\_\_\_ chiede che il proprio figlio possa fruire del servizio  
 scolastico presso

l'Ospedale ..... Reparto .....

la casa-alloggio di Via ..... Comune .....

il proprio domicilio di Via ..... Comune .....

Indirizzo completo: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

A partire dal giorno \_\_\_\_\_ e presumibilmente fino al \_\_\_\_\_

**DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO/A**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Iscritto alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Lingue straniere: \_\_\_\_\_

**N. B.** Solo per la Scuola secondaria di II grado indicare le materie di indirizzo:

.....

Firma dei genitori

Data.....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma alunno maggiorenne

\_\_\_\_\_