



Ministero dell'Istruzione  
Università e Ricerca

**ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE**

**"Benedetto Castelli" – BRESCIA**

Via Cantore, 9 25128 BRESCIA tel 030 3700267 fax 030 395206

**SEZIONE OSPEDALIERA**

**SCUOLA SECONDARIA II GRADO**



✉ ospedale@itiscastelli.it

☎ 333 1879863

🌐 www.websupporto.it/seminario

**Moduli Domiciliare**

**Scuola Polo per la Lombardia**

Liceo statale Maffeo Vegio - Via G. Carducci, n. 1/3 - 26900 Lodi (LO)

**Dirigente Laura Fiorini**

tel 0371.420361-fax 0371.421745

email [lop010008@istruzione.it](mailto:lop010008@istruzione.it) - PEC [lop010008@pec.istruzione.it](mailto:lop010008@pec.istruzione.it)

Codice Fiscale 92520860153 - Codice Meccanografico LOPM010008

**Per ulteriori informazioni**

Sito HSH in Lombardia: [www.hshlombardia.it](http://www.hshlombardia.it)

**Mod.G**

**Richiesta/consenso del genitore  
dell'alunno**

Al Dirigente scolastico della Scuola

OGGETTO: RICHIESTA DI SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ chiede che il proprio figlio possa fruire del servizio  
scolastico presso

o l'Ospedale ..... **Reparto** .....

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

o 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. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

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

.....

Firma del genitore

**Data**.....