

MODELLO G

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore
dell'alunno/studente _____

Autorizza l'attivazione del percorso di Istruzione Domiciliare (ID) presso (è possibile selezionare più voci):

- ☐ ospedale / struttura sanitaria _____
- ☐ proprio domicilio _____
- ☐ altra sede (specificare) _____

DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO/STUDENTE

Cognome _____ Nome _____ ☐ M ☐ F

[illegible]

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n° _____

Isritto/a alla classe _____ sezione _____ ☐ primaria ☐ sec. I gr. ☐ sec. II gr.

dell'Istituto _____ Comune _____ Prov. _____

CERTIFICATO MEDICO

È stato acquisito il certificato del medico ospedaliero o dei servizi sanitari nazionali? ☐ Sì ☐ No

Ai sensi del D.M. 461 del 6 giugno 2019 la certificazione deve essere rilasciata dal medico ospedaliero o comunque dai servizi sanitari nazionali (escluso il pediatra o il medico di famiglia) e non da aziende o medici privati. L'Istituto scolastico, sentita la scuola polo regionale, si riserva di chiedere eventuali integrazioni al certificato consegnato.

Luogo e data _____

Firma leggibile 1° genitore _____

Firma leggibile 2° genitore _____ (*)

(*) Qualora il modello G sia firmato da un solo genitore, visti gli artt. 316 c. 1 e 337 ter c. 3 del Codice Civile, si presuppone la condivisione di entrambi i genitori.