



FUTURA



Ministero dell'Istruzione e del Merito
 Istituto Comprensivo della Margherita
 Via G Verdi, 3 • 20070 Vizzolo Predabissi MI
 tel 02.9832961
 cod mecc MIIC8A300D • C.F. 92508780159
 e-mail miic8a300d@istruzione.it • miic8a300d@pec.istruzione.it
www.icdellamargherita.edu.it

ANNO SCOLASTICO-

MODULO DI ADESIONE ALLA SCUOLA in OSPEDALE

Il /La sottoscritto/ _____ genitore (o chi ne fa le veci)

dell'alunno /a _____ M F

luogo e data di nascita _____

residenza _____

Codice Fiscale _____

chiede per lo stesso l'adesione al servizio scolastico presso il reparto _____

Dovrebbe iniziare/ha iniziato la frequenza delle lezioni il giorno _____

DATI della SCUOLA DI APPARTENENZA

Denominazione _____ classe _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

via _____ n° _____

Telefono _____ e-mail _____

Aderisco al progetto Scuola in Ospedale e autorizzo la comunicazione tra i docenti della scuola in Ospedale e la Scuola di appartenenza.

Cognome e nome 1° Genitore _____

Firma _____ (*)

Cognome e nome 2° Genitore _____

Firma _____

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.