

**ISCRIZIONE ALLA SCUOLA
IN OSPEDALE
Anno scolastico 2023/24**

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Scuola Primaria
e Secondaria di I Grado "TRENTO 4"**

I sottoscritti _____

In qualità di genitori dell'alunno/a **Cognome** _____

Nome _____ **nato/a a** _____

il _____

RICHIEDONO l'attivazione della Scuola in Ospedale per il/la proprio/a figlio/a attualmente iscritto presso la **scuola** _____ nella **classe**

AUTORIZZANO pertanto l'Istituto Comprensivo Trento 4 a contattare la scuola _____ per gli accordi didattici previsti dalla Delibera Provinciale n.411 del 10 marzo 2023.

Data _____

Firma _____