



Sistema Sanitario Regione Liguria



Allegato sub 2) della Deliberazione n.

del

Il genitore/ titolare della responsabilità genitoriale

*Attestazione medica di patologie gravi o autoimmuni per familiari di alunni e studenti ai fini della richiesta di forme di didattica digitale integrata*

Su richiesta dell'interessato, si attesta che

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

È affetto da:

- patologia oncologica
- immunodeficienza primitiva o secondaria
- fibrosi cistica
- patologie sottoposte a trattamenti immunosoppressori
- altre patologie gravi (Specificare) \_\_\_\_\_

Data

Firma del Medico