



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

 **Asl1**  **Asl2**  **Asl3**  **Asl4**  **Asl5**

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13/09/2021

Il genitore/ titolare della responsabilità
genitoriale

*Attestazione medica di patologie gravi o autoimmuni per famigliari 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