

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 432 del 27.11.2020

*Autocertificazione del genitore/titolare della responsabilità genitoriale di alunno
convivente di persona con patologia grave o autoimmune*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

**DICHIARA IN QUALITÀ DI GENITORE/ TITOLARE DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE
DELL'ALUNNO**

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è
punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n.
445/2000 che:

☐ ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVE UNA PERSONA **AFFETTA DA PATOLOGIA COME DA
ALLEGATA ATTESTAZIONE MEDICA** in quanto _____ (genitore, fratello, sorella, etc.)
dell'alunno/studente _____ nato/a a _____ il _____
_____ residente in _____ C.F. _____

**PERTANTO RICHIEDE CHE L'ALUNNO/STUDENTE _____
POSSA BENEFICIARE DI FORME DI DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA**

Data _____

Il genitore/ titolare della responsabilità
genitoriale



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria



Asl1



Asl2



Asl3



Asl4



Asl5

*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