



# Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

 **Asl 1**  **Asl 2**  **Asl 3**  **Asl 4**  **Asl 5**

---

Allegato sub 2) della Deliberazione n. 28 del 24.01.2022

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