

# Asl1 Asl2 Asl3 Asl4 Asl5

---

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

*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 FAMIGLIARE 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



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