

*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