MODULO B

**CERTIFICAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO OSPEDALIERO**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Operante nella struttura sanitaria pubblica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICA**

che l’alunno/a - paziente

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**􀂉** È affetto dalla seguente grave patologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero

**􀂉** Si trova nella seguente condizione di salute: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**􀂉** Sarà assente dalle lezioni per più di 30 gg

**􀂉** La patologia/condizione di salute non compromette la vicinanza fisica con altre persone

**􀂉** Si consiglia l’istruzione domiciliare.

Data Timbro e firma