

Allegato 4)

Certifico che _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ in Via _____

è affetto da patologia cronica.

Si rilascia al genitore/tutore del minore, dietro sua richiesta, per uso scolastico – ex DPCM 7
settembre 2020, Allegato D, paragrafo 1.2