

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