**AUTOCERTIFICAZIONE**

Comunicazione patologia alunni fragili (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti genitori o esercenti la potestà genitoriale ......................................................

................................................................................................................................................

dell’alunno/a ...............................................................................................................................

frequentante nell'anno scolastico 2020-2021 la classe:..............................................nel plesso..................................................., ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio/a, come da **certificato del proprio medico curante /pediatra** allegato, vadano attivate le seguenti misure:

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente ogni variazione. Per qualsiasi informazione contattare il seguente numero telefonico ..............................................................

 Firma di entrambi i genitori

 (o esercenti la potestà genitoriale)