ALL. 3

**CERTIFICAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO OSPEDALIERO**

Il sottoscritto dott. .………………………………………………………………………………………………..

Operante nella struttura sanitaria…………………………………………………………………………

Certifica che l’alunno/paziente

Nome……………………………………………………… Cognome……………………………………………

**􀂉** È affetto dalla seguente grave patologia:……………………………………………………..

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

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

Data Timbro e firma