

ALLEGATO B – Dichiarazione del medico/specialista sanitario

Tipologia di medico/specialista certificatore (barrare una casella):

☐ Pediatra di Libera Scelta (PLS)

☐ UONPIA/NPIA – Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

☐ Specialista di branca del SSN / privato accreditato (specificare: _____)

Il/La sottoscritto/a Dr./D.ssa _____, in qualità di

dell'Ente/Struttura _____ (recapito _____),

attesta, per motivate esigenze sanitarie, quanto segue in riferimento all'alunno/a

_____, classe _____, scuola _____ plesso _____

Quantificazione e periodo (compilazione obbligatoria):

• Ore settimanali di frequenza scolastica: n. ____ (su ____ ore settimanali della classe/sezione).

• Periodo di validità della prescrizione: dal ____/____/____ al ____/____/____ (eventuale revisione entro ____/____/____).

Motivazione sanitaria essenziale

Data ____/____/____

Timbro e firma del/della Medico/Specialista
