

## 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

---