

**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