

Loghi AUSL

Servizio di

Fac-simile di certificazione per le attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito educativo / scolastico

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di ente di formazione professionale

.....

Via.....

Comune.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** il bambino – a/ alunno - a

Cognome e Nome

data e luogo di nascita.....

residente a

in Via e n°..... tel famiglia

frequentante la sezione /Classe

del Servizio educativo/Scuola/Ente di formazione

la seguente attività a supporto vitale:.....

.....

Durata dell'attività:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal al

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)