

**VALUTAZIONE DA PARTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE DI
GESTIONE DELLA SCUOLA MATERNA/NIDO/STRUTTURA SOCIO-EDUCATIVA**

Al Dirigente
Servizio Pediatria di Comunità
Distretto di
Azienda USL di Reggio Emilia
Via _____

Il/La sottoscritto/a _____

Preso visione della certificazione dell'AUSL di Reggio Emilia, rilasciata il..... per
l'alunno/a nato/a il
frequentante:

la SCUOLA _____ CLASSE/SEZIONE _____

la STRUTTURA SOCIO-EDUCATIVA _____

ne valuta :

LA FATTIBILITÀ

LA NON FATTIBILITÀ

Motivazioni: (solo in caso di non fattibilità)

FIRMA del Dirigente Scolastico / di Struttura

(Da inoltrare all'AUSL di Reggio Emilia e all'esercente la potestà genitoriale del minore affetto da patologia cronica)