Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specialista in Pediatria/ medico di Medicina Generale

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E -mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI CERTIFICA**

Che l’alunno/a

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Codice fiscale |  |
| Residente in |  |
| Città |  |
| Provincia di |  |

⃝ Ha eseguito il tampone rapido SARS – COV2 in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con esito negativo

⃝ Non ha eseguito tampone rapido SARS – COV2

Sulla base della visita da me effettuata in data odierna, risulta clinicamente sano e può pertanto essere riammesso a scuola.

Si allega attestazione genitoriale (o del soggetto esercente potestà genitoriale) relativa a sintomatologia manifestata dal predetto alunno durante il periodo di assenza.

In fede

Luogo e data

Timbro e firma