

Dott. _____

Specialista in Pediatria/Medico di Medicina Generale

Indirizzo _____

Telefono _____

E – mail _____

Si certifica

che l'alunno _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ Città _____

(prov. _____)

- ☐ ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2 in data ____/____/____ con esito negativo.
- ☐ non ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2.

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 la potestà genitoriale) relativa alla sintomatologia manifestata dal predetto alunno durante il periodo di assenza.

In fede

Luogo e data

(Timbro e firma)

Barrare la casella che interessa.