

**ATTESTAZIONE MEDICA per il RIENTRO a scuola
dopo ASSENZA per PATOLOGIE COVID- CORRELATE**

Si attesta che

COGNOME.....

NOME.....

assente dal.....al.....

è stato sottoposto ad accertamento diagnostico secondo il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 disposto dalla normativa nazionale e regionale.

Può essere riammesso alla frequenza scolastica, in quanto clinicamente guarito/a.

Data

Firma del Medico