



Allegato 4)

rev apr 2021

Alla c.a della Dirigente Scolastica
@mail: sais066006@istruzione.it

Certificato di avvenuta guarigione da malattia (6 o più giorni) con sintomi diversi da COVID19

(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS))
(per studenti che hanno mostrato **sintomi diversi da COVID19**, che sono guariti e sono **rientrati a scuola**
dopo sei o più giorni di assenza per malattia)

Attesto che _____ nato/a
a _____ il _____, e
residente in _____ in via _____

sulla base dell'esame clinico e dell'anamnesi personale e familiare riferita, non presenta al momento
segni clinici e/o sintomi riferibili a malattie infettive in atto.

Per quanto sopra esposto, si rilascia il presente certificato di riammissione a scuola.

Data/Luogo _____

Il Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta _____