

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)