

**ATTESTAZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO CURANTE PER RIENTRO A SCUOLA
(per assenza superiore a tre giorni dovuta a motivi di salute – Assenza di almeno 4 giorni)**

Attesto con la presente che il bambino/studente _____
assente da struttura/scuola dal _____ al _____ può rientrare a scuola a partire dal
_____ poiché ha seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per CoViD-19 come
disposto dai documenti nazionali e provinciali.

In fede

li, _____
