**Facsimile 4**

**Attestazione del pediatra di libera scelta/medico di medicina generale curante per rientro a scuola dopo assenza superiore a 3 giorni per motivi di salute**

Con la presente si attesta che il bambino/la bambina/l’alunno/alunna

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Assente dalla struttura scolastica dal ……………………………. al………………………………

Può rientrare a scuola a decorrere dal ……………………………………………………………………………………………

In quanto è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per

Covid-19 come previsto dai documenti nazionali/provinciali.

Luogo e data ………………………………………………. In fede ……………………………………………………………………

(Firma e timbro del medico curante)