

Allegato sub 3) della Deliberazione n. _____ del _____

*Attestazione **medica** per il rientro nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione **professionali** (IeFP)*

dopo assenza per malattia, sospetta per Covid-19

Si attesta che l'alunno 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.

Data

Firma del Medico

*Autocertificazione per il rientro dell'operatore scolastico nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione **professionali** (IeFP)*