

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

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, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_