

**ATTESTAZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO CURANTE PER RIENTRO A SCUOLA  
(per assenza di ALMENO 4 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, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_