## OGGETTO: ASSENZA PER MALATTIA (NO COVID) A CURA DEL MEDICO MMG/PLG

## DA 4 GG IN SU (INFANZIA)

## DA 6 GG IN SU (PRIMARIA E SECONDARIA)

## Allegato 3)

Certifico che …………………………………………………..nato/a a…………………………………

Il …………………………… in Via………………………………………………………………………….

sulla base dell'esame clinico e dell’anamnesi personale e familiare riferita, non presenta al momento segni clinici e/o sintomi riferibili a malattie infettive in atto.

Per quanto sopra esposto, si rilascia il presente certificato di riammissione a scuola / in comunità.