

Dott. \_\_\_\_\_

**Specialista in Pediatria/Medico di Medicina Generale**

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E – mail \_\_\_\_\_

### Si certifica

che l'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_)

- ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2 in data \_\_/\_\_/\_\_ con esito negativo.
- non ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2.

**Sulla base della visita da me effettuata in data odierna, risulta clinicamente sano e può pertanto essere riammesso a scuola.**

Si allega attestazione genitoriale (o del soggetto esercente la potestà genitoriale) relativa alla sintomatologia manifestata dal predetto alunno durante il periodo di assenza.

In fede

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_  
Barrare la casella che interessa.

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

**DA RENDERE AL GESTORE DI PUBBLICO UFFICIO (MMG/PLS) E DA ALLEGARE ALLA  
CERTIFICAZIONE DI RIAMMISSIONE PRESSO LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE**  
(AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA L.R. N. 13 DEL 19.07.2019)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

**nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_**

**nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_**

- che lo stesso, in atto (ovvero negli ultimi \_\_\_\_\_ giorni), non manifesta/non ha manifestato alcuno dei seguenti sintomi riconducibili a COVID – 19, ai sensi delle Linee guida dell'ISS allegate al DPCM 07.09.2020:

febbre $\geq$ 37.5 (o sensazione di febbre)	brividi	tosse
dispnea (difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso)	anosmia (non sente gli odori)	ageusia (non sente i sapori)
inappetenza	mal di testa	sintomi gastrointestinali (mal di pancia, diarrea, vomito)
anoressia (mancanza di appetito)	astenia (ridotta forza muscolare)	stanchezza
dolori muscolari	malessere generale	faringite (mal di gola)
rinorrea o intasamento nasale	congiuntivite	_____

- che lo stesso non ha manifestato, durante l'intero periodo di assenza, sintomi rientranti tra quelli sopra elencati.

Il sottoscritto, infine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del MMG/PLS.

Nel caso in cui l'alunno abbia maturato la maggiore età, la presente dichiarazione potrà essere sottoscritta dallo stesso.