Oggetto: attestazione medica per assenza superiore ai cinque giorni di alunni/e non sottoposti/e a percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 dell'Istituto Comprensivo "G. Parini"

Si attesta che l'alunno/a_____, assente dal ____/____/____ al ____/____/20____ (per complessivi ____ giorni), non presenta segni e/o sintomi di malattia infettiva o diffusiva e può essere riammesso/a alla frequenza del servizio scolastico.

Luogo e data

_____

Firma del medico

_____