

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.