Dott.
.....
.....

Data .....

ATTESTAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA

Rilasciata ai sensi di
D.P.C.M. del 07/09/2020 - Rapporto ISS n. 58/2020 del 28/08/2020
Ordinanze 590, 594, 596 di Regione Lombardia di Luglio e Agosto 2020

Sulla base della documentazione e della valutazione clinica effettuata SI ATTESTA CHE

l'alunno .....
nato il ..... a .....
frequentante l'Istituto/SE .....
assente dal ..... al .....

☐ **ha seguito il programma diagnostico terapeutico (PDT) e prevenzione COVID19**

→ alunno identificato come caso sospetto **allontanato da scuola/con riscontro di sintomatologia al domicilio** ed effettuazione di tampone diagnostico per ricerca di Sars-CoV-2 risultato negativo

☐ **è idoneo al rientro in comunità**

→ alunno risultato caso accertato per positività al tampone diagnostico per ricerca di Sars-CoV-2 e successivamente guarito clinicamente e virologicamente (due tamponi negativi consecutivi)

☐ **è stato affetto da patologia non riferibile a COVID19 (solo per alunni allontanati dalla scuola)**

→ alunno non identificato come caso sospetto e che pertanto non ha necessitato dell'effettuazione di un tampone diagnostico per ricerca di Sars-CoV-2

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____
Timbro e firma del medico