Allegato 1)

**Attestato di avvenuta guarigione da COVID-19 e**

**nulla-osta al rientro in comunità**

(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS))

(per studenti/personale che hanno mostrato sintomi da COVID19, che sono poi risultati **positivi** al test per il COVID19 e successivamente sono guariti)

Attesto che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, è risultato/a negativo a due tamponi effettuati a distanza di 24 ore l’uno dall’altro, sulla base della documentazione acquisita, e pertanto si rilascia attestato di nulla-osta al rientro in comunità, sulla scorta di quanto indicato nella circolare della Ministero della Salute n. 30847 del 24 settembre 2020

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Medico di Medicina Generale

 Pediatra di Libera Scelta

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 2)

**Attestato di avvenuto percorso diagnostico-terapeutico**

**e di prevenzione per COVID-19**

(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS))

(per studenti/personale che hanno mostrato sintomi da COVID19, che sono poi risultati negativi al test diagnostico e successivamente sono guariti oppure per contatti stretti di casi di COVID19 che sono poi risultati negativi)

Attesto che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sulla base della documentazione clinica acquisita, può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19, come disposto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Medico di Medicina Generale

 Pediatra di Libera Scelta

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 3)

**Certificato di avvenuta guarigione da malattia (6 o più giorni)**

**con sintomi diversi da COVID19**

(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS))

(per studenti/personale che hanno mostrato sintomi diversi da COVID19, che sono guariti e sono ***rientrati a scuola dopo sei o più giorni di assenza per malattia***)

Certifico che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Medico di Medicina Generale

 Pediatra di Libera Scelta

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 4)

**Autodichiarazione di avvenuta guarigione da malattia (da 1 a 5 giorni) con sintomi diversi da COVID19**

(da compilare a cura del Dipendente)

(per dipendenti che hanno mostrato sintomi diversi da COVID19, che sono guariti e sono rientrati a scuola dopo un massimo di cinque giorni di assenza per malattia)

Il/La sottoscritto/a cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Consapevole, di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

di avere preso contatto con il medico curante dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di avere seguito le sue indicazioni e di poter essere riammesso a scuola.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dipendente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 5)

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore del bambino/studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,***

***DICHIARA***

che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

* Febbre (> 37,5° C)
* Tosse
* Difficoltà respiratoria
* Congiuntivite
* Rinorrea/congestione nasale
* Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
* Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
* Mal di gola
* Cefalea
* Mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_