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

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