

Dott.

.....  
.....

Data .....

## ATTESTAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA

*Rilasciata ai sensi di*

*Rapporto ISS n. 58/2020 del 28/08/2020*

*Ordinanze 590, 594, 596 di Regione Lombardia di Luglio e Agosto 2020*

*Circolare 31152 del 14/09/2020 della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia*

### SI ATTESTA CHE

l'alunno .....  
nato il ..... a .....  
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)

→ alunno contatto stretto di caso accertato che è sempre rimasto asintomatico con tampone di sorveglianza negativo effettuato prima della fine del periodo di osservazione (14 giorni)

*Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.*

*In fede,*

---

Timbro e firma del medico