

 **Piazza Bonavino, 4 A – Genova 16156**

 **Tel. 0106981051 – 0106121199 – 0106671044 fax 0109970198**

 **cod.mecc.GEIC85000P – C.F. 95160120101**

 **mail** **geic85000p@istruzione.it** **– pec** **geic85000p@pec.istruzione.it**

 [**www.icpegli.edu.it**](http://www.icpegli.edu.it)

***Attestazione medica per il rientro nell’ambito dei servizi educativi dell’infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi***

***di lstruzione e formazione professionali (IeFP)***

**DOPO ASSENZA PER MALATTIA, SOSPETTA PER COVID-19**

Si attesta che l’alunn ,

ASSENTE dal …………………………………………. al ……………………………………………

è stato sottoposto ad accertamento diagnostico secondo il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 disposto dalla normativa nazionale e regionale.

Può essere riammesso alla frequenza scolastica, in quanto clinicamente guarito.

Genova, ……………………………………………………..

Firma del Medico

……………………………………………………………………