

## **ALLEGATO 1**

“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.

## **ALLEGATO 2**

“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”.

### **ALLEGATO 3**

“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.

## **ALLEGATO 4**

Certifico che \_\_\_\_\_ Nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,

è affetto da patologia cronica.

Si rilascia al genitore/tutore del minore, dietro sua richiesta, per uso scolastico – ex DPCM 7  
settembre 2020, Allegato D, paragrafo 1.2

## ALLEGATO 5

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ genitore dell\_ studente \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

***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 \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 6

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,  
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 l'assenza del figlio da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è avvenuta  
per ragioni diverse da motivi di salute.

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