

Oggetto: attestazione medica per assenza superiore ai tre giorni di studentesse e studenti non sottoposti a percorso diagnostico- terapeutico per Covid-19 frequentanti il Liceo Scientifico “E.Amaldi”

Si attesta che _____ (cognome)_____ (nome),
studente/ssa, del **Liceo Scientifico “E.Amaldi”** assente dal ___/___/20___ al ___/___/20___ (per
complessivi _____ giorni), non presenta segni e/o sintomi di malattia infettiva o diffusiva e può essere
riammesso alla frequenza del servizio scolastico.

Data, _____/_____/20_____

Firma del medico

Nome e cognome del medico in formato leggibile (timbro
o scritta in stampatello)
