Allegato 1)

### Attestato di avvenuta guarigione da COVID-19 e nulla-osta al rientro in comunità

(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS))

(per studenti/personale che hanno mostrato sintomi da COVID19, che sono poi risultati **positivi** al test per il COVID19 e successivamente sono guariti)

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

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Medico di Medicina Generale

Pediatra di Libera Scelta

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

Allegato 2)

### Attestato di avvenuto percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19

(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS))

(per studenti/personale che hanno mostrato sintomi da COVID19, che sono poi risultati **negativi** al test diagnostico e successivamente sono guariti oppure per **contatti stretti** di casi di COVID19 che sono poi risultati negativi)

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.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Medico di Medicina Generale

Pediatra di Libera Scelta

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

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

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

Allegato 4)

### Autodichiarazione di avvenuta guarigione da malattia (da 1 a 5 giorni) con sintomi diversi da COVID19

(da compilare a cura del Genitore/Tutore/Affidatario)

(per studenti che hanno mostrato sintomi diversi da COVID19, che sono guariti e sono rientrati a scuola **dopo un massimo di cinque giorni di assenza per malattia**)

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 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

di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di avere seguito le sue indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Genitore/Tutore/Affidatario

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

Allegato 4bis)

### Autodichiarazione di avvenuta guarigione da malattia (da 1 a 5 giorni) con sintomi diversi da COVID19

(da compilare a cura del Dipendente)

(per dipendenti che hanno mostrato sintomi diversi da COVID19, che sono guariti e sono rientrati a scuola **dopo un massimo di cinque giorni di assenza per malattia**)

Il/La sottoscritto/a cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

di avere preso contatto con il medico curante dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di avere seguito le sue indicazioni e di poter essere riammesso a scuola.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dipendente

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

Allegato 5)

### Autodichiarazione per rientro dopo assenza per motivi NON di salute

(da compilare a cura del Genitore/Tutore/Affidatario)

(per studenti che sono stati assenti per motivi NON di salute)

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dello studente della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Genitore/Tutore/Affidatario

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

Allegato 5bis)

### Autodichiarazione per rientro dopo assenza per motivi NON di salute

(da compilare a cura del Dipendente)

(per dipendenti che sono stati assenti per motivi NON di salute)

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

Di poter essere riammesso in servizio 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 dipendente 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.

Data/Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dipendente

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