**DICHIARAZIONE DI MALATTIA NON COVID-19**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitore

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oppure, se lo studente è maggiorenne**

 Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**che il Pediatra di Libera Scelta o il Medico curante a cui si è rivolto ha ritenuto che la sintomatologia della malattia non sia riconducibile a CoviD-19.**

In fede Data

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

(Firma del dichiarante)

**La presente dichiarazione è da allegare alla giustificazione in caso di assenza per malattia non riconducibile a Covid-19**