

Data _____

Si certifica che l'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

assente dal _____ al _____ per motivi di salute,

sulla base della visita da me effettuata, è clinicamente guarito/a e può riprendere l'attività scolastica

il giorno _____

In fede

(Timbro e Firma)