

CERTIFICATO PER LA RIAMMISSIONE

A SCUOLA / A LAVORO DEGLI ALIMENTARISTI

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, assente da scuola/lavoro dal _____
al _____, sulla base della visita medica da me effettuata non presenta segni né sintomi
di malattie infettive contagiose e/o diffuse e può pertanto riprendere l'attività scolastica/lavorativa dal
giorno _____.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
