



Allegato 2

Si attesta che il Sig./ra .....  
nato/a.....Prov.....il.....  
CF.....tel.....  
residente a .....Prov.....in servizio presso  
l'Istituto Scolastico..... città.....  
Prov.....con la mansione di.....,  
ha effettuato in data odierna il Test Sierologico rapido su sangue capillare per Sars-Cov-2 e che lo stesso ha  
dato esito **POSITIVO**; pertanto l'interessato/a dovrà recarsi presso il.....  
per effettuare il test molecolare per Sars-Cov-2 (tampone nasofaringeo). Fino all'esito del tampone il/la sig./ra  
..... non deve recarsi a scuola ma deve rivolgersi al  
proprio medico curante per l'emissione del certificato telematico INPS che giustifichi l'astensione dal lavoro  
fino all'esito del test.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Il Dirigente Medico

Dott./ssa