

Dichiarazione attivazione procedura rilevazione sintomo/i

Il giorno _____ alle ore _____ presso il plesso

- Infanzia Torchiagina Infanzia Petrignano
 Primaria Petrignano Primaria Palazzo
 Secondaria Petrignano

nel luogo _____

la/il sottoscritta/o _____ ha rilevato che la persona:

- alunno (nome cognome) _____
 personale (nome cognome) _____
 esterno (nome cognome) _____

nell'ambito scolastico ha:

- una temperatura superiore a 37,5°C e/o i sintomi suggestivi da infezione da COVID-19 e/o:
 tosse
 cefalea
 sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
 faringodinia
 dispnea
 mialgie
 rinorrea/congestione nasale
 brividi
 difficoltà respiratorie
 perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia)
 perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver avvisato il Referente di istituto COVID (vedi organigramma anticovid), ed il Referente di plesso COVID (nome cognome) _____.

Data _____

Firma

Il presente modulo deve essere consegnato al Referente di plesso COVID nell'immediatezza della segnalazione debitamente compilato