



MODULO DA USARE IN CASO UN/UNA ALUNNO/A PRESENTI SINTOMATOLOGIA COMPATIBILE AL COVID-19

Parte da compilare a cura del docente della classe

Data _____, il Docente _____ Classe _____
 aula n. _____ ha ravvisato nell'alunno/a _____,
 [n.cellulare, genitori / tutore _____
 e-mail genitori/ tutore: _____],
 i seguenti sintomi compatibili con CoVID-19

<input type="checkbox"/> febbre oltre i 37,5 °C	<input type="checkbox"/> tosse
<input type="checkbox"/> difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/> vomito
<input type="checkbox"/> perdita del gusto e/o dell'olfatto	<input type="checkbox"/> diarrea
<input type="checkbox"/> raffreddore	<input type="checkbox"/> cefalea

altro _____

per questo motivo l'alunno è stato isolato e portato nell'Aula dedicata dal collaboratore scolastico del piano.

FIRMA DEL DOCENTE DELLA CLASSE _____

Parte da compilare a cura del collaboratore presente con lo studente nell'Aula dedicata

Il sottoscritto collaboratore: _____ ha avvisato la segretaria del DS all'interno 210 per contattare i genitori dell'alunno. La segretaria ha comunicato che il ritiro dell'alunno verrà effettuato da: _____

L'alunno viene ritirato alle ore _____ da _____
 Documento d'identità n. _____

Si ricorda, come da Indicazioni ministeriali e regionali, da Patto di corresponsabilità e Regolamento, che è dovere dei Genitori/Tutori consultare il Medico / Pediatra per accertamenti.

FIRMA DEL TUTORE O SUO DELEGATO

Il Collaboratore
