

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS – COV-2

ALUNNO/A

NOME _____ COGNOME _____

DICHIARAZIONE PRELIMINARE PER L' AMMISSIONE AL SERVIZIO DI PRE POST SCUOLA

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI QUALCUNO DI QUESTI SINTOMI ?

FEBBRE > 37,5	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TOSSE INSISTENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
STANCHEZZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
MAL DI TESTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLORI MUSCOLARI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONGESTIONE NASALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NAUSEA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
VOMITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PERDITA DI OLFATTO O GUSTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONGIUNTIVITE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

NOTIZIE SU EVENTUALI ESPOSIZIONI AL CONTAGIO

CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONTATTI CON CASI SOSPETTI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONTATTI CON PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO (ANCHE FAMILIARI)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AD UN SUO RISCHIO DI POTENZIALE ESPOSIZIONE AL COVID-19 _____

IO SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____ () IL ___/___/___

DOCUMENTO _____ N° _____ RILASCIATO IL ___/___/___ GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO

MINORENNE _____ CHE FREQUENTA LA CLASSE _____ SEZ _____

NEL PLESSO DI VIA/P.ZA _____ DELL'IC _____

DICHIARO

SOTTO LA MIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI DI UNA FALSA DICHIARAZIONE ANCHE IN RELAZIONE AL RISCHIO DI CONTAGIO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA SCOLASTICA, CHE QUANTO SOPRA DICHIARATO CORRISPONDE AL VERO ,

AUTORIZZO

AL TRATTAMENTO DEI DATI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE CONTENUTI IN QUESTO MODULO ED ALLA SUA CONSERVAZIONE AI SENSI DEL REG.EU 2016/679 E DELLA NORMATIVA NAZIONALE VIGENTE

DATA _____

FIRMA _____