

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

Alunno NOME _____	COGNOME _____
SCUOLA _____	CLASSE _____ SEZIONE _____

DICHIARAZIONE PRELIMINARE PER L' AMMISSIONE AL SERVIZIO PRE POST SCUOLA

HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI QUALCUNO DI QUESTI SINTOMI ?

<p>FEBBRE > 37,5 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50%;">STANCHEZZA</td><td style="width:20%;">SI</td><td style="width:30%;">NO</td></tr> <tr><td>MAL DI TESTA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>CONGESTIONE NASALE</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>VOMITO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DIARREA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	STANCHEZZA	SI	NO	MAL DI TESTA	SI	NO	CONGESTIONE NASALE	SI	NO	VOMITO	SI	NO	DIARREA	SI	NO	<p>TOSSE INSISTENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50%;">MAL DI GOLA</td><td style="width:20%;">SI</td><td style="width:30%;">NO</td></tr> <tr><td>DOLORI MUSCOLARI</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NAUSEA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>PERDITA DI OLFATTO O GUSTO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>CONGIUNTIVITE</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	MAL DI GOLA	SI	NO	DOLORI MUSCOLARI	SI	NO	NAUSEA	SI	NO	PERDITA DI OLFATTO O GUSTO	SI	NO	CONGIUNTIVITE	SI	NO
STANCHEZZA	SI	NO																													
MAL DI TESTA	SI	NO																													
CONGESTIONE NASALE	SI	NO																													
VOMITO	SI	NO																													
DIARREA	SI	NO																													
MAL DI GOLA	SI	NO																													
DOLORI MUSCOLARI	SI	NO																													
NAUSEA	SI	NO																													
PERDITA DI OLFATTO O GUSTO	SI	NO																													
CONGIUNTIVITE	SI	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 PERSONE CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

*** E' STATO SOTTOPOSTO A **QUARANTENA CAUTELARE** ED HA TERMINATO IL CICLO DI QUARANTENA DI 14 GIORNI DALL'ULTIMA ESPOSIZIONE AL CASO ED HA IL BENESTARE DEL MEDICO CURANTE/ASL PER IL RIENTRO IN COMUNITA' SI NO

*** E' STATO SOTTOPOSTO A **QUARANTENA CAUTELARE** ED HA TERMINATO IL CICLO DI QUARANTENA DI 10 GIORNI DALL'ULTIMA ESPOSIZIONE ED HA EFFETTUATO, AL DECIMO GIORNO, UN TEST MOLECOLARE O ANTIGENICO CON ESITO NEGATIVO. HA IL BENESTARE DEL MEDICO CURANTE/ASL PER IL RIENTRO IN COMUNITA' SI NO

E' STATO SOTTOPOSTO A **ISOLAMENTO** PER DOCUMENTATA INFEZIONE DA SARS COV-2 ED HA TERMINATO IL CICLO DI ISOLAMENTO - ALLEGO IL CERTIFICATO MEDICO ASL/MEDICO DI BASE CHE AUTORIZZA IL RIENTRO IN COMUNITA' SI NO

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

IO SOTTOSCRITTO/A, _____ NATO A _____ (____) IL ____/____/____
DOCUMENTO _____ N° _____ RILASCIATO IL ____/____/____ GENITORE
DELL'ALUNNO _____ CHE FREQUENTA LA SCUOLA _____
CLASSE ____ SEZ ____ NEL PLESSO DI VIA _____ NUMERO CELLULARE _____
INDIRIZZO MAIL _____

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.

DICHIARO CHE, NEL CASO DOVESSERO MODIFICARSI LE SITUAZIONI SOPRA DESCRITTE, NEL CORSO DELLA PARTECIPAZIONE AL SERVIZIO DI PRE POST SCUOLA, SONO A CONOSCENZA DI ESSERE OBBLIGATO/A AD INFORMARE LE ASSISTENTI E L'ASSOCIAZIONE DEL CAMBIAMENTO DI QUANTO SOPRA DICHIARATO

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 _____