

Ogg. Uscita anticipata da scuola di alunno per manifestazione di **sintomo/i compatibile/i con Covid-19**

**ALUNNO**

Nome : \_\_\_\_\_

Cognome : \_\_\_\_\_

classe : \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Residenza/Domicilio \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Data di manifestazione dei sintomi \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Rec Tel \_\_\_\_\_

**SINTOMO/I MANIFESTATO/I A SCUOLA :**

- Temperatura superiore a 37,5 ° C ;  Brividi
- Tosse;  Difficoltà respiratorie;  Congiuntivite  Rinorrea/Congestione nasale;
- Sintomi gastrointestinali (  nausea  vomito  diarrea)
- Perdita/ Alterazione improvvisa del gusto (ageusia /disgeusia)
- Perdita/ Alterazione improvvisa dell' olfatto (anosmia /iposmia)
- Mal di gola  Cefalea  Mialgie;

Conformemente alle disposizioni di cui al **Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020** del 21 agosto 2020, contenente le Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle Scuole e nei Servizi Educativi dell'infanzia, Il sottoscritto genitore sig. \_\_\_\_\_ (o suo delegato) avvisato dal Referente Covid della Scuola Vanvitelli 36 cd Napoli, della comparsa del seguente sintomo/i :

\_\_\_\_\_

a carico del proprio figlio verificatosi in data odierna preleva alle ore \_\_\_\_\_ il minore da scuola sotto la propria personale responsabilità, ai sensi della 445/2000, consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e **consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di Prevenzione alla Diffusione di Covid -19 per la Tutela della Salute della Collettività, :**

DICHIARA di essere stato informato

1-circa la necessità che il suindicato alunno rimanga presso il proprio domicilio;

2- **di avere ,quindi, l'obbligo di rivolgersi al proprio Pediatra di Libera Scelta e/o Medico di Medicina Generale, dott.** \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

per la valutazione clinica del caso;

3-**di poter far rientrare a scuola il bambino solo su parere favorevole del Medico di del SSN ,con conseguente rilascio di certificazione medica conforme agli allegati 1, o 2 oppure 3** del Documento di Programmazione Sanitaria, elaborato in adesione al DPCM 07/2020 e trasmesso dalla Giunta Regionale della Campania con nota prot. n. 0450798 in data 29/09/2020 all' Ufficio Scolastico Regionale per la Campania, "Rientro a Scuola in Sicurezza";

4-di dover comunicare tempestivamente e in modo ufficiale al Referente Covid del 36 Cd di Napoli, l'eventuale esito positivo del tampone per la ricerca del Sars Cov-2-se è eseguito-

Napoli, \_\_\_\_\_ FIRMA del genitore \_\_\_\_\_

O suo delegato \_\_\_\_\_ C.I. n. \_\_\_\_\_

O in alternativa FIRMA del delegato \_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALLA SCUOLA:

**SANIFICAZIONE STRAORDINARIA**

Per l'aula n. \_\_\_\_\_ cl. \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ sita nell'edificio \_\_\_\_\_ al piano n. \_\_\_\_\_ frequentata dall'alunno/a \_\_\_\_\_ è stata disposta dal sottoscritto Referente Covid una completa igienizzazione con prodotti germicida ,come previsto dalla normativa , eseguita dal collaboratore scolastico sig. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_. Successivamente si è provveduto alla verifica delle operazioni effettuate con esito favorevole.

Analogamente si è provveduto per la sanificazione della "**sala di Attesa**" sita al Piano Terra dell'Edificio Stanzone.

Data \_\_\_\_\_

Firma Referente AA.Covid sig.ra Fabiola Esposito

**CONCLUSIONE**

Data di rientro a scuola dell'alunno \_\_\_\_\_

Giorni di assenza dopo i sintomi :

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tot. gg. \_\_\_\_\_

Certificato rilasciato dal dott. \_\_\_\_\_

- ALL 1
- ALL 2
- ALL 3

riportante l'annotazione :

\_\_\_\_\_

Firma Referente AA.Covid Sig. Fabiola Esposito

\_\_\_\_\_