

Ogg. Uscita anticipata da scuola di OPERATORE SCOLASTICO \_\_\_\_\_ con **sintomo/i compatibile/i con Covid-19**

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

Cognome : \_\_\_\_\_ in servizio c/o \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Residenza/Domicilio \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

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

Data di manifestazione del/dei sintomo/i di \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**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, avendo sofferto in data odierna del seguente sintomo/i \_\_\_\_\_; ed informato dal Referente Covid19 della Scuola, dichiara, 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 delle conseguenze e dell'importanza del rispetto delle misure di Prevenzione alla Diffusione di Covid -19 per la Tutela della Salute della Collettività**, di essere stato informato:

1-circa la necessità di rimanere presso il proprio domicilio;

2- **di avere quindi l'obbligo di rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale**, dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

per la valutazione clinica del caso;

3-**di poter far rientro in servizio solo previo parere favorevole del Medico 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 eseguito-

Napoli, \_\_\_\_\_ FIRMA dell'operatore scolastico \_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALLA SCUOLA:

**SANIFICAZIONE STRAORDINARIA**

Per il Reparto/Ufficio/Aula/n. \_\_\_\_\_ cl. \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ sita nell'edificio \_\_\_\_\_ al piano n. \_\_\_\_\_ frequentata dall'operatore scolastico \_\_\_\_\_ 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma Referente AA.Covid sig.ra Fabiola Esposito

---

**CONCLUSIONE**

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

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

---