



ISTITUTO COMPRENSIVO SATTA SPANO DE AMICIS
VIA G. M. ANGIOY, 8 – 09124 CAGLIARI
Tel. 070 663225
Indirizzo Mail: caic867003@istruzione.it
Indirizzo PEC: caic867003@pec.istruzione.it
Sito web: www.istitutocomprensivosattaspanodeamicis.edu.it

VERBALE USCITA ISTITUTO PER SOSPETTO CASO COVID-19

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Genitore/Delegato dell'alunno _____ della classe _____,

in data ___/___/20___ alle ore _____, preleva l'alunno dalla scuola perché in orario scolastico

ha manifestato:

- sintomi influenzali
- naso chiuso o che cola
- tosse
- febbre -
- dolori muscolari e articolari
- senso di spossatezza
- diarrea
- altro (specificare) _____
- temperatura superiore a 37,5°C. Temperatura rilevata: _____

Contestualmente dichiara di essere consapevole che le modalità per il rientro in classe sono le seguenti:

“Recarsi presso il proprio domicilio e avviare le procedure di controllo per sospetto caso Covid19 contattando immediatamente il Pediatra di Libera Scelta / Medico di Base (PLS/MDB). Il rientro a scuola può avvenire esclusivamente su presentazione di certificato medico che attesti la possibilità di rientro in comunità o di autocertificazione del genitore/tutore qualora il PLS/MDB non rilasci nessuna certificazione scritta in quanto inferiore al termine previsto dalle norme.”

Il presente documento costituisce una misura al servizio del *contact tracing* correlata con l'emergenza pandemica del SARS Cov_2

Firma leggibile genitore/delegato
