

TRIAGE RISCHIO COVID-19

SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DELL'ISTITUTO SAN FRANCESCO DI SALES

- Primaria
- Secondaria di I grado
- Secondaria di I grado

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il ____ / ____ / ____ e
residente in Via _____ a
_____, genitore dello/a studente

DICHIARA SOTTO PROPRIA RESPONSABILITÀ che il/la proprio/a figlio/a

- non ha in corso diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- non ha in corso contatti a rischio con persone che sono state affette da Covid-19
- non ha avuto nelle ultime settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (*tra i quali la temperatura superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazione di gusto e olfatto*)
- non ha in corso sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (*tra i quali la temperatura superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazione di gusto e olfatto*).

Luogo e Data

Catania, ____ / ____ / _____

FIRMA
