

ALLEGATO A

**TRIAGE RISCHIO COVID-19**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DELL'ISTITUTO SAN FRANCESCO DI  
SALES CIBALI-CATANIA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_, accompagnatore del  
bambino/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO PROPRIA RESPONSABILITÀ'**

- di non avere avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di non avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da Covid-19
- di non avere 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*)
- di non avere 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

FIRMA

\_\_\_\_\_