

Via Ales – 09044 Quartucciu (CA) – tel 070/845068 – fax 070/85954410
email caic87300a@istruzione.it – pec caic87300a@pec.istruzione.it
www.istitutocomprensivoquartucciu.edu.it
CF 92168500921 - Codice Ufficio Fattura PA UFDDBRU

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;
- temperatura superiore a 37,5°C.

Contestualmente riceve un promemoria relativo alle modalità per il rientro in classe contenente quanto di seguito indicato:

“Avviare le procedure di controllo per sospetto caso Covid19 contattando immediatamente il Pediatra di Libera Scelta / Medico di Base. Nel caso in cui i giorni di assenza successivi siano inferiori a quelli di legge che obbligano il rientro con certificato medico, è comunque necessario presentare la certificazione medica ovvero, in mancanza di essa, il genitore deve accompagnare lo studente e firmare l'autocertificazione che dichiara l'idoneità al rientro. False dichiarazioni sono soggette a denuncia penale”

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

Firma leggibile genitore/delegato
