

AUTOCERTIFICAZIONE TEMPERATURA CORPOREA E/O ALTRI SINTOMI ASSIMILABILI AL COVID 19

DA COMPILARE A SEGUITO DI ASSENZA PER MALATTIA

Il sottoscritto.....

nato a.....

Il.....Documento di Riconoscimento n.....

rilasciato da..... in data..... e

residente a..... in.....

AUTOCERTIFICA

che

la temperatura corporea del figlio/figlia NOME..... COGNOME.....

rilevata in data odierna alle ore..... non supera i 37,5°C.

Il sottoscritto dichiara altresì

di aver contattato il pediatra o il medico di famiglia (PLS/MMG) per la valutazione clinica (triage telefonico) del caso.

Se il PLS/MMG, ha ritenuto si tratti di un caso di sospetto COVID-19, richiedendo il test diagnostico ed attivando così l'iter stabilito dalle Autorità competenti il bambino/bambina, non potrà essere riammesso a scuola;

Il bambino/bambina potrà essere quindi riammesso a scuola solo se il PLS/MMG non abbia al momento ritenuto il quadro sintomatologico afferibile al nuovo Coronavirus COVID19;

Il sottoscritto dichiara a tal fine che:

in ogni caso il bambino/a non ha avuto temperatura uguale o superiore a 37.5° e/o altri sintomi ascrivibili a Covid-19 **almeno negli ultimi 3 giorni;**

non ha avuto contatto stretto con una persona affetta da nuovo Coronavirus COVID-19;

non ha ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un suo un contatto stretto con una persona contagiata da nuovo Coronavirus COVID19;

_____ , _____

Firma _____