

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER GLI ALUNNI

Il/La sottoscritto/a

luogo di nascita data di nascita

in qualità di (genitore/tutore), dell'alunno:

DICHIARA CHE L'ALUNNO

1. Ha avuto contatto con persone risultate positive al COVID-19 negli ultimi 15 giorni. SI NO
2. Ha avuto contatto con persone sintomatiche, considerate come "caso sospetto" negli ultimi 15 giorni. SI NO
3. Ha viaggiato negli ultimi 15 giorni in località con elevata incidenza da COVID-19 (Spagna, Grecia, Croazia e Malta) SI NO
4. E' attualmente in quarantena o isolamento domiciliare SI NO
5. Ha attualmente sintomatologie respiratorie o febbre superiore a 37.5° C SI NO

Inoltre il/la sottoscritto/a, si impegna ad informare immediatamente l'Istituto Scolastico non appena ci siano variazioni nelle dichiarazioni sopra riportate.

Data: _____

Firma: _____