Comune di Civitavecchia

Strutture Educative comunali 0-6

AVVISO ASSENZA PER CASO SOSPETTO COVID 19 (ALLONTANAMENTO DA SCUOLA O INSORGENZA DI SINTOMATOLOGIA A DOMICILIO DI ALMENO UNO DEI SINTOMI SOSPETTI COVID 19)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

AVVERTE LA SCUOLA

dell’assenza del proprio/a figlio/a per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
di aver consultato il PDF/MMG o altro medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL MEDICO CURANTE recapito ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; rec.telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

il quale ha ritenuto che il caso sospetto COVID 19 risulta malattia effettivamente sospetta COVID 19 e pertanto lo stesso ha prescritto l’esecuzione di tampone rinofaringeo.

In fede per quanto qui dichiarato.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE