**USCITA PER SINTOMATOLOGIA SOSPETTA PATOLOGIA DA COVID-19**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VIA TACITO**

**Civitanova Marche (MC)**

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO “E. MESTICA”

SCUOLE PRIMARIE SAN MARONE - SANTA MARIA APPARENTE

SCUOLE DELL’INFANZIA VIA TACITO - VIA GUERRAZZI - SANTA MARIA APPARENTE

**Si dichiara che**

**Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 **Dipendente** – ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 **Alunno**/studente frequentante la Scuola/Istituto IC “Via Tacito” – Civitanova Marche

Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_\_

presenta:

* febbre > di 37,5°C
* sintomi respiratori suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In applicazione del decreto n. 21 del 14.08.2021 del Ministero dell’Istruzione “*Protocollo d’intesa per garantire l’avvio dell’anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di covid 19 (anno scolastico 2021/2022)*”, viene disposto l’allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività.

BARRARE LA SITUAZIONE IN ESSERE:

🗆 **Il Dipendente sopra indicato** **è stato invitato a recarsi al proprio domicilio ed a contattare tempestivamente il proprio medico curante**

🗆 **Il Genitore, il delegato, o chi esercita** **la responsabilità genitoriale è stato invitato ad accompagnare l’alunno indicato al proprio domicilio ed a contattare tempestivamente il proprio medico curante**

La riammissione potrà avvenire solo a seguito di presentazione alla scuola di:

* certificazione attestante la guarigione, rilasciata dal proprio medico curante, per malattia diversa da COVID-19;
* certificazione, rilasciata dall’ATS competente, di avvenuta negativizzazione dei tamponi, in caso di infezione da COVID-19.
* Esito NEGATIVO del Tampone Molecolare/Antigenico, non più recente di n. 48 ore, rispetto alla data di rientro a scuola.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Dirigente Scolastico o suo delegato

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

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Per presa visione:

**Il Lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**

**Il Genitore/tutore o suo delegato**

**NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**