

Segnalazione caso positivo SARS-CoV-2

ISTITUTO SCOLASTICO: _____

PLESSO: _____

COMUNE: _____

INDIRIZZO: _____

NOMINATIVO CASO+	_____
RUOLO	DOCENTE <input type="checkbox"/> ALUNNO/A <input type="checkbox"/> PERSONALE ATA <input type="checkbox"/> ALTRO _____ <input type="checkbox"/>
CLASSE	_____
ORDINE E GRADO	_____
DATA ULTIMO GG DI FREQUENZA A SCUOLA CASO+	___/___/___
DATA TAMPONE	___/___/___
DATA INIZIO SINTOMI	___/___/___
TIPO TAMPONE	MOLECOLARE <input type="checkbox"/> ANTIGENICO (RAPIDO) <input type="checkbox"/>
SE ANTIGENICO SPECIFICARE COI (VEDERE REFERTO)	_____
ALTRI CASI POSITIVI STESSA CLASSE	Sì <input type="checkbox"/> SE SÌ N. ____ NO <input type="checkbox"/>
ALTRI CASI POSITIVI STESSO PLESSO	Sì <input type="checkbox"/> SE SÌ N. ____ NO <input type="checkbox"/>
ALUNNI/DOCENTI SINTOMATICI NELLA STESSA CLASSE	Sì <input type="checkbox"/> SE SÌ N. ____ NO <input type="checkbox"/>
POSSIBILITÀ DI ATTIVAZIONE DAD	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

CONTATTI TELEFONICI GENITORI:

CONTATTO TELEFONICO REFERENTE ANTI-COVID O DS: