

TRIAGE PER GLI ALUNNI DELL'I.C. DA VINCI – RODARI DI LATINA

TRIAGE AI FINI DEL CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE di COVID19	
Compilato a cura del genitore o tutore avente diritto	
GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO	DELLA CLASSE
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA	COMUNE
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	COMUNE
NUMERO CONVIVENTI	I RECAPITI TELEFONICI

TRIAGE TELEFONICO

TRIAGE IN PRESENZA

VALUTAZIONE CLINICA DELLO STATO DI SALUTE DEL MINORE						
Presenta o ha presentato negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di <u>uno dei seguenti sintomi</u> :						
Febbre	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Dispnea	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Affaticamento	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Espettorato	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Tosse secca	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Disgeusia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Mal di gola	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Anosmia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Mal di testa	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Mio/artralgia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Diarrea	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Vomito	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
INDAGINE EPIDEMIOLOGICA <small>Situazione a rischio di infezione da SARS-CoV-2</small>						
Negli ultimi 14 giorni						
• ha avuto familiari o contatti stretti con persone (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) confermati affetti da COVID19 si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>						
• ha avuto familiari o contatti stretti con persone sospetti/probabili per COVID-19 si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>						
• ha avuto familiari o contatti stretti con persone con esperienza documentata di sintomi suggestivi di COVID 19 (vedi sopra) si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>						
È stato affetto da COVID-19? sì <input type="radio"/> quando? _____ no <input type="radio"/>						
• Si allega certificazione di avvenuta guarigione (con doppio tampone)						
Dichiara di trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria? sì <input type="radio"/> da quando? _____ no <input type="radio"/>						

Con la sottoscrizione del presente modulo mi assumo la responsabilità civile e penale derivante da eventuali dichiarazioni errate, incomplete, false o reticenti, anche tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 650 c.p. fatta salva l'ipotesi di un reato più grave ovvero artt. 582-583 c.p.

Il presente Triage ha una validità di 15 giorni.

Il dichiarante si impegna a comunicare (telefonicamente) tempestivamente eventuali variazioni dei dati dichiarati.

Il Sottoscritto/a (o figura giuridica avente diritto) conferma quanto sopra dichiarato

Data _____ F.to _____
(Genitore/Tutore)

Data _____ F.to _____
(Incaricato della Scuola)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. 30.06.2003 n°196 e del GDPR 679/16 art.13

Data _____ F.to _____