

 **PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L’APPRENDIMENTO**







**ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO SAN PRISCO**

Viale Trieste, 1 –81054 San Prisco (CE)**Tel.:** 0823/799153

C.F 94018990617 – C.M. CEIC8AG00C - Ambito Territoriale N.° 10

e-mail ceic8ag00c@istruzione.it - ceic8ag00c@pec.struzione.it [www.iacsanprisco.edu.it](http://www.iacsanprisco.edu.it)

# REGISTRO DI

**MONITORAGGIO**

Rif.to: Caso Covid CC1 San Prisco, (data di compilazione)

Data della segnalazione:

Nome del segnalante: \_

Referente Covid attivato (nome e cognome): Dati del soggetto positivo:

Nome: Cognome: Qualifica: Contatti stretti individuati in:

1)

2)

3)

4)

5)

\_ \_ (compilante)

Si allega per l’individuazione dei contatti stretti:

* Stampa del Registro Elettronico
* Orario delle lezioni
* Stampa foglio delle sostituzioni
* Registro degli accessi

\_

Sanificazione avvenuta in data: ad opera di:

Note: \_

Rientro a scuola / in convitto del soggetto negativizzato in data:

Firma referente Covid

Rif.to: Sospetto Caso covid SC1 San Prisco, (data di compilazione)

Dati del soggetto che presenta sintomatologia riconducibile a Covid: Nome:

Cognome:

Qualifica:

Identificato da: \_ qualifica

Data di manifestazione dei sintomi: alle ore: \_

Referente Covid attivato (nome e cognome): Sintomi manifestati a scuola / in convitto:

* Temperatura superiore a 37,5° C;
* Tosse;
* Diarrea;
* Difficoltà respiratorie;

\_

\_

\_ \_ (compilante)

Nominativo del genitore avvisato della sintomatologia: alle ore \_ Il soggetto con sintomatologia rientra al proprio domicilio alle ore: accompagnato da:

Sanificazione del locale Covid avvenuta alle ore ad opera di

Note: \_

Giorni di assenza dopo i sintomi:

dal

Certificato:

* Sì

al

* No, non necessario

Firma referente Covid