



AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-COV-2 SETTIMANALE

Il Sottoscritto:

NOME

COGNOME

NATO A

IL

In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale del minore:

NOME

COGNOME

NATO A

IL

DICHIARA

Il minore ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

Febbre > 37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dolori Muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Congestione Nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vomito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dissenteria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto e gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO DEL MINORE

Contatti con casi accertati Covid 19 – (Tampone Positivo)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Contatti con casi sospetti o con sintomi compatibili	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Contatti con familiari di casi sospetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Conviventi con febbre o sintomi influenzali (No tampone)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Contatti con Febbre o sintomi influenzali (No tampone)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Proviene da un viaggio all'estero	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Se sì da che Paese _____				

Altre notizie che ritiene utile evidenziare in merito ad elementi connessi al potenziale rischio di esposizione al Covid-19 del minore:

- Io sottoscritto come sopra identificato ATTESTO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura scolastica
- Io sottoscritto come sopra identificato MI IMPEGNO AD EFFETTUARE l'**auto monitoraggio giornaliero**¹del minore indicato comunicando eventuali modifiche a quanto dichiarato.
- Autorizzo ASILO INFANTILE DI BIELLA VANDORNO al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Data _____

Firma _____

¹ **Auto-monitoraggio clinico individuale**

Durante la settimana e prima del rilascio della nuova autocertificazione ciascun genitore sarà tenuto -giornalmente- a monitorare il minore.

Qualora in **QUALUNQUE MOMENTO** fosse rinvenuta **AL MINORE O AI CONTATTI STRETTI** (fratelli, genitori, nonni ecc cc) una sintomatologia compatibile con COVID 19 (febbre oltre 37,5, presenza di tosse, dispnea, dissenteria, rinorrea, congiuntivite, faringodinia (mal di gola), iposmia (riduzione/assenza di olfatto), ageusia (riduzione/assenza di gusto), spossatezza e malessere generale) si dovrà darne immediata comunicazione alla struttura scolastica ed il **MINORE DOVRÀ ESSERE TRATTENUTO A CASA.**