

IC	PLESSO/SCUOLA	ORDINE	CLASSE

Alunni risultati positivi al Covid-19

n.	Nome e cognome	Data di nascita	Recapito Telefonico (se disponibile)	Data ultimo giorno scuola	Data Esordio sintomi	Data e sede esecuzione tampone*
1.						
2.						

***MMG**: Medico Medicina Generale; **PLS**: Pediatra; **ASL**: Punto-Asl; **F**: Farmacia; **LAB**: Centri privati abilitati; **A**: Autosomministrato

Referente scuole:

Recapito telefonico:

Email:

1. Mensa: si/no
2. Doposcuola: si/no
3. Laboratori, palestra o mescolamento di classi diverse: si/no
4. Scuolabus: si/no
5. DPI e Distanziamento personale scolastico: si/no