



CAMPUS COLORADO ESTATE 2021

TRIAGE AI FINI DEL CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE di COVID19

DA CONSEGNARE COMPILATO IL PRIMO GIORNO DI CAMPUS

IO SOTTOSCRITTO _____ GENITORE
DI _____

oppure

TUTORE DI _____ in caso di contatto con
altra figura giuridica avente diritto

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA COMUNE

DOMICILIO (se diverso da residenza)

COMUNE

NUMERO CONVIVENTI

RECAPITI TELEFONICO

NOME E CONOME DEL BAMBINO

- TRIAGE IN PRESENZA

DICHIARO

Che il minore in oggetto PRESENTA O HA PRESENTATO negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di uno o più dei seguenti sintomi, barrare quali

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="radio"/> Febbre | sì | no |
| <input type="radio"/> Dispnea | sì | no |
| <input type="radio"/> Affaticamento | sì | no |
| <input type="radio"/> Espettorato (catarro) | sì | no |
| <input type="radio"/> Tosse secca | sì | no |
| <input type="radio"/> Disgeusia (alterazioni del senso del gusto) | sì | no |
| <input type="radio"/> Mal di gola | sì | no |

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="radio"/> Anosmia (alterazioni del senso dell'olfatto) | sì | no |
| <input type="radio"/> Mal di testa | sì | no |
| <input type="radio"/> Mio/artralgia (dolori articolari) | sì | no |
| <input type="radio"/> Diarrea | sì | no |
| <input type="radio"/> Vomito | sì | no |

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2

Negli ultimi 14 giorni

- Ha avuto familiari o contatti stretti con persone (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) affetti da COVID19 confermato?

sì
no

 - Ha avuto familiari o contatti stretti con persone sospette/probabili contagiate da COVID-19

sì
no

 - Ha avuto familiari o contatti stretti con persone affette da sintomi suggestivi di COVID 19 (vedi sopra)

sì
no

 - Dichiaro di essere stato positivo al COVID-19?

sì (indicare la data)
no
tamponi mai eseguiti

 - Dichiaro di essere guarito dal COVID-19?

sì (indicare la data)*
no
- * Si allega certificazione di avvenuta guarigione**
- Dichiaro di trovarmi nello stato di quarantena obbligatoria?

sì dal (indicare la data)
no

Il genitore DICHIARA di non aver somministrato nessun paracetamolo (tachipirina o simili) al proprio figlio nelle 24 ore prima dell'accesso giornaliero al campus

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 sottoscritto/ (o figura giuridica avente diritto) conferma quanto sopra dichiarato, e ha la responsabilità di avvisare il servizio educativo se la situazione sopra dichiarata dovesse modificarsi .

data _____

Firma _____