

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “ANTONIO DE CURTIS”**

Via dellaTenuta di Torrenova, 130 - 00133 ROMA

**🕿 062022705 - cod.mec. RMIC85200L – cod. fisc. 97020470585**

**www.icdecurtis.edu.it**

e-mail: RMIC85200L@ISTRUZIONE.IT [RMIC85200L@PEC.ISTRUZIONE.IT](https://mail.pubblica.istruzione.it/squirrelmail/src/compose.php?send_to=RMIC85200L%40PEC.ISTRUZIONE.IT)

**MODULO SEGNALAZIONE CASI COVID- CONSENSO- RICHIESTA DAD**

Al Dirigente Scolastico

Ai Referenti Covid

Il sottoscritto..............................................................................................

Genitore di .................................................................................

nato a .................................. il ........................

classe..................sez………………….Plesso……………………………………………………………………………

**COMUNICA CHE**

l'assenza del/la proprio/a figlio/a per il periodo da \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ è causata da:

❏ Aumento dellatemperatura corporea al di sopra di 37,5°C o un sintomo compatibile con COVID-19 (insorgenza dei primi sintomi il \_\_\_/\_\_\_/ )

❏ Poiché caso confermato di COVID-19

❏ Quarantena disposta dalle autorità sanitarie

❏ Isolamento volontario, **non disposto da autorità sanitarie**

**Dichiara** inoltre che il test diagnostico (tampone) per sospetto COVID-19

❏non è stato prescritto

❏è stato prescritto, ma non ancora effettuato

❏è stato effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, ma l'esito non è stato ancora comunicato

❏è stato effettuato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, con esito

Tipo di tampone effettuato : rapido ❏ molecolare ❏

* **L'ULTIMO GIORNO IN CUI HA FREQUENTATO I LOCALI SCOLASTICI È STATO IL** \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.
* **RICHIESTA DAD**

Durante i giorni di assenza legati al Covid 19 si richiede la Didattica a Distanza Si ❏ No ❏

* **RIFERIMENTI PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO DI BASE**

Cognome............................................................Nome..................................

Numero di telefono................................................................................

* **CONSENSO INFORMATO PER TRASMISSIONE ALLA ASL**

A tal proposito, ai fin idella procedura in vigore e **presa visione** dell'informativa nella sezione Privacy del sito istituzionale [www.icdecurtis.edu.it](http://www.icdecurtis.edu.it)., in qualità di genitori/ tutori del minore:

(cognome e nome alunno/a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esprimiamo il consenso**

Alla trasmissione dei dati comunicati nella presente dichiarazione alla ASL di competenza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome in stampatello | Firma | Telefono |
| Padre/Tutore |  |  |
| Madre/Tutore |  |  |

* **NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000,

**DICHIARA**

di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data Firma