

**REPORT GIORNALIERO (segnalazioni dal domicilio e casi allontanati dalla scuola) (Allegato 1 - da inviare via mail a [covid.scuola@asl.vt.it](mailto:covid.scuola@asl.vt.it))**  
**NB: I CASI POSITIVI DI CUI SI È VENUTI A CONOSCENZA VANNO SEGNALATI IN VIA PRIORITARIA CON LA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL CASO SE MINORE O DI  
 AUTOCERTIFICAZIONE SE MAGGIORENNE**

STUDENTI								
Segnalato a	Classe	Nome e cognome	Data di nascita	CF	MMG/PLS	Indirizzo Contatto	Contatto	Motivo
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto

DOCENTE								
Segnalato a	Classe	Nome e cognome	Data di nascita	CF	MMG/PLS	Indirizzo Contatto	Contatto	Motivo
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Sintomi <input type="checkbox"/> Contatto

**Alert per elevata % di assenze su classe** \_\_\_\_\_ **plesso** \_\_\_\_\_

Referente COVID \_\_\_\_\_

Recapiti:  \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SCHEDA DI RICOSTRUZIONE DEI CONTATTI IN AMBITO SCOLASTICO (in caso di indagine epidemiologica per conferma caso positivo in ambito scolastico)**

(Allegato – 2 da inviare via mail a [covidscuola.positivi@asl.vt.it](mailto:covidscuola.positivi@asl.vt.it))

**NB: SI RICORDA CHE I DATI RICHIESTI SONO NECESSARI AI FINI DELLA CERTIFICAZIONE PER INIZIO E FINE QUARANTENA**

**Elenco degli studenti presenti in classe nelle 48 ore precedenti\***

Nome e cognome	Data nascita	CF	MMG/PLS	Indirizzo (Domicilio)	Telefono (genitori)	Data / /	Data / /	Note*
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

\*Specificare particolari contatti a rischio (condivisione del viaggio, contatti senza osservanza delle misure precauzionali) e indicare studenti con condizioni di fragilità da attenzionare

**Elenco degli insegnanti presenti in classe nelle 48 ore precedenti\***

Nome e cognome	Data nascita	CF	MMG	Indirizzo (Domicilio)	Telefono	Data / /	Tempo di permanenza	Data / /	Tempo di permanenza
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

						Si		Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
						Si		Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
						Si		Si	

*\*nel caso del personale scolastico va sempre compilata ed inviata autocertificazione come da allegato (anche in una fase successiva)*

**\* SI INTENDE 48 ORE PRIMA RISPETTO LA DATA DI ESECUZIONE DEL TAMPONE O DELLA COMPARSA DELLA SINTOMATOLOGIA**

Altre situazioni da segnalare

- Attività di laboratorio, specificare \_\_\_\_\_
- Attività sportive/di canto, specificare \_\_\_\_\_
- Presenza in mensa, specificare \_\_\_\_\_

**Elenco di altri operatori che hanno avuto contatti a rischio o prolungati nelle 48 ore precedenti al di fuori della classe**

Nome e cognome	Data nascita	CF	MMG	Indirizzo (Domicilio)	Telefono	Data / /	Tipo di contatto	Durata del contatto	Note

*\*nel caso del personale scolastico va sempre compilata ed inviata autocertificazione come da allegato (anche in una fase successiva)*

Specificare particolari situazioni da attenzionare

---




---



---

Referente COVID \_\_\_\_\_

Recapiti:  \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Link di contatto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORE SCOLASTICO O STUDENTE MAGGIORENNE**

(Allegato 3 - da inviare via mail a [covid.scuola@asl.vt.it](mailto:covid.scuola@asl.vt.it) e da compilare nei casi indicati)

**NB: SPECIFICARE SEMPRE IN OGGETTO ISTITUTO E PLESSO DA CUI PROVIENE LA SEGNALAZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

- Studente (se maggiorenne)
- Docente
- Personale amministrativo
- ATA
- Altro \_\_\_\_\_

**Segnalato da scuola per**     **Comunicato da casa per**

**A.** Sintomatologia

**B.** Contatto stretto in ambito extra lavorativo specificare (link)  
\_\_\_\_\_

**C.** Rientrato da zone considerate a rischio specificare  
\_\_\_\_\_

**D.** Contatto in ambito scolastico specificare (link)  
\_\_\_\_\_

**Se caso D dichiarato**

**Di avere osservato le regole di distanziamento fisico e di utilizzo dei DPI durante l'orario di lavoro**  
Eventuali annotazioni \_\_\_\_\_

**Di non essere in grado di affermare con certezza quanto sopra**  
Segnalo eventuali comportamenti a rischio \_\_\_\_\_

**Se caso A e B mi impegno a**

- Controllare e registrare la temperatura corporea due volte al giorno** (mattina e sera) e l'eventuale comparsa di sintomi segnalandoli subito al MMG o al SIS (Unità Distrettuale Covid)
- Osservare le regole dell'isolamento fiduciario o di quarantena prescritte**

**Se caso C mi impegno a seguire le prescrizioni come previsto da DPCM**

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Indicazioni operative ad interim per la gestione di casi e focolai di SARS- CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi del Lazio, e presa in carico dei pazienti pediatrici emanata dalla Regione Lazio in data 22 settembre 2020 ove si precisa che l'operatore scolastico *"avvisa tempestivamente l'equipe Covid- 19 ai recapiti all'uopo identificati."*