

OGGETTO: COMUNICAZIONE POSITIVITA' AL COVID

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DELL'ALUNNO _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA _____ (specificare plesso) CLASSE _____

COMUNICA CHE

- IL PROPRIO/A FIGLIO/A RISULTA POSITIVO
- ULTIMO GIORNO DI PRESENZA A SCUOLA _____
- DATA INIZIO EVENTUALI SINTOMI _____
- TAMPONE ESEGUITO IL _____ (**ALLEGARE ESITO DEL TAMPONE**)
- USUFRUISCE **Si** () **NO** () DEL SERVIZIO **MENSA**. SE SI', L'ULTIMO GIORNO E' STATO IL _____
- USUFRUISCE **Si** () **NO** () DEL SERVIZIO **TRASPORTO**, SE SI', L'ULTIMO GIORNO E' STATO IL _____
- CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA **Si** () **NO** ()

Data _____

Firma

N.B. Sono validi solo gli esiti del test antigenico (in farmacie autorizzate) e di quello molecolare.

Non sono validi i test autosomministrati.