**I S T I T U T O C O M P R E N SI V O M A R T I R I D E L L A L I B E R T A’**

20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI) – VIA F. CAVALLOTTI, 88 –

AMBITO 23 **-** C.M. MIIC8A5005 – C.F. 85034200155 - c.u.f.e. UFD4WG - Tel. 02365831

**website:** [**https://www.ic-martiridellaliberta.edu.it/**](https://www.ic-martiridellaliberta.edu.it/)

**segreteria@ic-martiridellaliberta.edu.it** **–** **miic8a5005@pec.istruzione.it** **- miic8a5005@istruzione.it**

**MODULO SEGNALAZIONE**

 **CASO POSITIVO COVID-19**

 **QUARANTENA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PLESSO** |  |  **Scuola dell’Infanzia Ercole Marelli** |
|  |  **Scuola dell’Infanzia Monte San Michele** |
|  |  **Scuola Primaria Martiri della Libertà** |
|  |  **Scuola Primaria Barnaba Oriani** |
|  |  **Scuola Secondaria I grado Don Milani** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome del compilatore |  |
| Recapito telefonico |  |

**DATI DEL CASO POSITIVO o in QUARANTENA**

 **Alunno/a Docente Personale ATA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME  |  |
| COGNOME |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| CLASSE  |  |
| Ultimo giorno di presenza a scuola |  |

**COMPILARE SOLO IN CASO DI SEGNALAZIONE DI POSITIVITÀ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data esecuzione tampone |  |

Tipologia di tampone  **ANTIGENICO (RAPIDO) MOLECOLARE**

Si dichiara che il tampone è stato somministrato da personale sanitario presso farmacie/studi medici/laboratori

Sesto San Giovanni,

FIRMA