



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



**ISTITUTO COMPRENSIVO "Card. Agostino Casaroli"**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Comuni di Castel San Giovanni e Sarmato (PC)

Via Verdi,6 – 29015 Castel San Giovanni (PC) Telefono 0523 842788 Fax 0523 882247

e-mail : [pcic81700c@istruzione.it](mailto:pcic81700c@istruzione.it)

PEC : [pcic81700c@pec.istruzione.it](mailto:pcic81700c@pec.istruzione.it)

Codice fiscale 80011290337

SI DICHIARA CHE:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DIPENDENTE (ASSISTENTE AMM.VO – AUSILIARIO – DOCENTE – DIRIGENTE – DSGA)

GENITORE/DELEGATO DAL GENITORE DELL'ALUNNO/A:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

PLESSO \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

PRESENTA:

FEBBRE \_\_\_\_\_

SINTOMI RESPIRATORI

ALTRO \_\_\_\_\_

In applicazione del Decreto n. 87 del 6/08/2020 del Ministero dell'Istruzione "Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19", viene disposto l'allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività.

La persona sopra indicata o la persona che esercita la patria potestà genitoriale viene invitata a recarsi al proprio domicilio e a contattare tempestivamente il proprio medico curante o in alternativa a recarsi presso la CASA DELLA SALUTE (8.30-12.50) a Borgonovo o PRESIDIO OSPEDALIERO di Castel San Giovanni per effettuare subito il tampone. Il referto del tampone verrà reso disponibile sul fascicolo sanitario elettronico oltre che inviato al medico curante.

Si ricorda che in caso di febbre superiore a 37,5° **non si potrà rientrare prima dei tre giorni.**

GIORNO \_\_\_\_\_

ORARIO \_\_\_\_\_

Firma del dipendente/del genitore/del  
delegato

\_\_\_\_\_