MODULO SEGNALAZIONE POSITIVITÀ SARS_COV 19

Nome alunno:

Cognome alunno:

Scuola:

☐ Infanzia Laghi

☐ Primaria Laghi

☐ Primaria Giotti

☐ Secondaria Stuparich

Classe/ sezione:

ultimo giorno di presenza a scuola:

COMPARSA DEI SINTOMI

Data:

ora approssimativa:

TEST CON ESITO POSITIVO

Data:

ora: