**SEGNALAZIONE CASO POSITIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione scuola | ISTITUTO COMPRENSIVO 2 CECCANO |
| plesso |  |
| Ordine della scuola |  |
| Classe e sezione |  |
| Caso positivo | ***Nome e Cognome:***  ***Data di nascita:***  ***Recapito telefonico:*** |
|  |  |
| Specificare se si tratta di: | * ***ALUNNO*** * ***DOCENTE*** |
| Ultimo giorno di frequenza/lavoro |  |
|  |  |
| Specificare data esordio sintomi |  |
|  |  |
| Data esecuzione tampone positivo |  |
|  |  |