**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 |  |
|  |  |