**Fac Simile**

***(da redigere su carta intestata della Scuola)***

**DICHIARAZIONE CASO SOSPETTO**

Si dichiara che. in data gg/mm/aaaa, il sig./sig.ra nome cognome, dipendente/alunno di questa Scuola presenta febbre superiore a 37, 5 °C e/o sintomi di infezione da COVID 19.

Pertanto si invita la persona sopra indicata a recarsi al proprio domicilio e a contattare tempestivamente il proprio MMG (Medico di Medicina Generale).

Firma

Lavoratore/Genitore

Firma

Dirigente Scolastico o delegato