COMUNE SAN VITO ROMANO

CITTA' METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

SERVIZIO SCUOLABUS A.S. 2020/21

MODELLO DI ACCESSO

Dati Alunno

cognome _____ nome _____

data di nascita _____ resid. _____

via _____ tel.genitore _____

Classe_____ Sez. _____

QUESTIONARIO

FEBBRE superiore ai 37,5	☐ **SI** ☐ **NO**
SINTOMI Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori o sapori?	☐ **SI, specificare:** _____ ☐ **NO**
VIAGGI E CONTATTI Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza da COVID-19 ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respiratori o in isolamento fiduciario o popolazione a rischio?	☐ **SI, specificare:** _____ ☐ **NO**

SI RICORDA DI:

- **Indossare mascherina;**
- **Igiene delle mani;**
- **Osservare la distanza di almeno 1 mt. dalle altre persone.**

San Vito Romano ____/____/_____

Firma del Genitore

_____