**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19**

Note:

* La dichiarazione deve essere compilata dal genitore/tutore del minore
* Si chiede di scrivere in stampatello e conservare nello zaino-cartella unitamente all’autorizzazione a viaggiare in caso di controlli
* In caso di più figli il modello deve essere compilato per ogni figlio

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOCUMENTO N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RILASCIATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN QUALITA’ DI GENITORE/TUTORE DELL’ALUNNO/A

(COGNOME NOME)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ISCRITTO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER L’ANNO 2021/2022

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

1. Di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
2. Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
3. Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
4. Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da Covid-19 accertata con tampone positivo.

IL SOTTOSCRITTO:

* Si impegna a comunicare l’eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati all’autorità sanitaria locale (ASL territoriale di competenza / Numero di emergenza Medica Nazionale 115 / Numero verde per emergenza Covid – 19 di Regione Lombardia;
* Attesta sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio sui mezzi dedicati al servizio di trasporto pubblico locale e scolastico ai sensi dell’art.46 DPR n.445/2000);

Autorizzo, inoltre, il Comune di Barzanò al trattamento dei miei dati relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo e sulla sua conservazione ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente. Allegata informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ In Fede Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_