**Al Comune di Trana**

**Ufficio Scuola**

**e-mail:** [**protocollo@comune.trana.to.it**](mailto:protocollo@comune.trana.to.it)

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 PER SERVIZIO SCUOLABUS**

**(artt. 4 e 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità del genitore/tutore dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

appartenente alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_Sez.\_\_\_\_\_\_\_ della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che usufruirà del servizio di scuolabus per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

□ che il minore non è attualmente affetto da COVID-19 e che non è stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria/fiduciaria negli ultimi 14 giorni;

□ che il minore, pur non essendo esso stesso affetto da COVID-19, non vive a contatto con altro soggetto che risulta attualmente affetto dal virus e, pertanto, si trova in regime di quarantena obbligatoria fino alla cessazione della malattia (esito negativo di 2 tamponi);

□ che il minore non è attualmente affetto da patologia febbrile con temperatura pari o superiore a 37,5° C;

□ che il minore non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;

□ che il minore non ha avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;

□ che il minore non ha avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID19 negli ultimi 14 giorni;

Il sottoscritto dichiara inoltre di impegnarsi:

- a **NON far usufruire del servizio** sopradetto il proprio bambino/a qualora non soddisfi anche solo una delle condizioni precedentemente descritte;

- a comunicare l’eventuale comparsa nel minore o in un proprio stretto familiare dei sintomi sopra riportati agli organi competenti (Medico curante/ASL).

Trana lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DICHIARANTE

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

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L’informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile alla pagina web: <https://comune.trana.to.it/privacy>

Dichiaro di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, che il Comune di Trana tratterà i dati necessari alla gestione del presente modulo con le modalità indicate nella relativa sezione descritta nell’Informativa sopra menzionata.”

Trana, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DICHIARANTE

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