**AUTODICHIARAZIONE COVID–19 PER SERVIZIO SCUOLABUS A.S. 2021/2022**

**(artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

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

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

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

in qualità del genitore del bambino/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

e che usufruirà del servizio di scuolabus per l’anno scolastico 2021/2022

**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 risulti attualmente affetto dal virus in regime di quarantena obbligatoria;

□ 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 si impegna inoltre:

- **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 futura comparsa nel minore o in un proprio stretto familiare dei sintomi sopra riportati agli organi competenti (Medico curante/ASL).**

**Il sottoscritto dichiara di aver letto, presso codesto Ufficio comunale, l’informativa privacy per il trattamento dei dati per l’attivazione del presente servizio**

Montelanico lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL GENITORE DICHIARANTE

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