**SERVIZIO TRASPORTO ALUNNI – A.S. 2021/2022**

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/titolare della responsabilità genitoriale/tutore

del/della minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’, CONSAPEVOLE CHE FALSE DICHIARAZIONI SARANNO PERSEGUIBILI PENALMENTE, CHE NEGLI ULTIMI 15 GIORNI CHE IL/LA SUDDETTO/ MINORE:**

* non ha avuto sintomi riferibili a COVID-19 (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell’olfatto);
* non ha soggiornato anche solo temporaneamente in aree con presunta trasmissione comunitaria (diffusa o locale);
* non è venuto/a a contatto con persone sospette per Covid-19 o positive alla Sars-Cov-2 o comunque anche se negative, assoggettate a quarantena in quanto a loro volta essere venuti a contato con casi sospetti o accertati al Covid-19;
* non è attualmente sottoposto/a a misure di quarantena o isolamento domiciliare per Covid-19;
* non è risultato/a positivo/a al tampone per la ricerca del virus Sars-Cov-2;
* non ha effettuato viaggi internazionali.

**DICHIARA CHE DA QUANDO E’ SCATTATA L’EMERGENZA COVID-19 IL/LA SUDDETTO/A MINORE:**

* non ha contratto il Covid-19;
* ha contratto il Covid-19 ed è stato/a sottoposto/a dopo la guarigione clinica a due tamponi a distanza di 24 ore risultati negativi, rispettivamente in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rispettando il periodo di isolamento sociale di 14 giorni terminato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DICHIARA DI IMPEGNARSI AD INFORMARE IL PROPRIO MEDICO E A NON FAR ACCEDERE IL/LA MINORE SUL MEZZO DI TRASPORTO IN CASO DI:**

* comparsa di temperatura corporea oltre i 37.5°
* esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID 19
* qualsiasi sintomatologia riferibile a COVID 19 (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell’olfatto).

**DICHIARA ALTRESI’ DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A CHE, IN CASO DI MANCATA CONSEGNA DELLA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE, IL/LA MINORE NON POTRA’ AVERE ACCESSO ALLO SCUOLABUS.**

Racconigi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE

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

**Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZZA il trattamento dei propri dati personali e del/della figlio/a minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e degll’art. 13 del G.D.P.R. (Regolamento UE 2016/679)**

**Racconigi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**