

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 RELATIVA AL SERVIZIO TRASPORTO SCUOLABUS**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

In relazione ai casi di contagio da Coronavirus COVID-19 riscontrati recentemente in Italia,

I sottoscritti:

Genitore 1

Genitore 2

Nome		
Cognome		
Recapito telefonico		
Email:		

**GENITORI/TUTORE DELLO STUDENTE:**

Nome	
Cognome	
Luogo e data di nascita:	
Residente all'indirizzo:	
Iscritto presso scuola	

**DICHIARIAMO:**

di impegnarci ad adottare e a far adottare allo studente di cui sopra tutte le misure di prevenzione in conformità alle raccomandazioni ed alle istruzioni dell'OMS e delle Autorità Sanitarie Nazionali, atte a prevenire la diffusione del Coronavirus COVID-19, e con particolare riferimento agli obblighi di responsabilità genitoriale o del tutore previsti dal DPCM del 07.09.2020.

**ALTRESÌ DICHIARIAMO DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE LO STUDENTE PRIMA DELLA FRUIZIONE QUOTIDIANA DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO:**

- non dovrà presentare sintomatologie tipiche di chi è affetto da Coronavirus COVID-19 (tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, stanchezza, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea, temperatura corporea superiore a 37.5°C);
- non dovrà essere stato in contatto con una persona affetta da Coronavirus COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
- non dovrà aver ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un contatto stretto con una persona contagiata da Coronavirus COVID-19.

**INFINE DICHIARIAMO (barrare la casella interessata):**

- di aver adempiuto a quanto prescritto dall'Ordinanza del Ministro della Salute del 12 agosto 2020 riferita ai rientri in Italia di persone provenienti da Malta, Spagna, Grecia e Croazia;
- di aver adempiuto a quanto prescritto per i cittadini provenienti da Romania e Bulgaria (isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria);
- di aver adempiuto a quanto prescritto per il rientro e/o la provenienza da altri Stati Esteri per i quali vigono particolari istruzioni da parte delle Autorità Sanitarie Nazionali;
- che lo studente presenta forme di disabilità e/o patologie non compatibili con l'uso continuativo dei dispositivi di protezione delle vie aeree. Si allega documentazione medica giustificativa;
- che lo studente presenta forme di allergie/sensibilizzazione tali da impedire l'utilizzo di gel per la corretta igiene delle mani. Si allega documentazione medica giustificativa;

Si autorizza espressamente il trattamento dei dati sopraindicati ai sensi di legge per consentire l'esecuzione del servizio in oggetto.

DATA: \_ / \_ / \_ \_ \_

Luogo

FIRMA genitore 1

FIRMA genitore 2