

**AUTODICHIARAZIONE COVID-19 RELATIVA AL SERVIZIO TRASPORTO SCUOLABUS COMUNE DI MODICA**

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

Io sottoscritto (in riferimento alla domanda presentata in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_)

LINEA SCUOLABUS N. \_\_\_\_\_

|                     |  |
|---------------------|--|
| Cognome             |  |
| Nome                |  |
| Recapito telefonico |  |
| Email               |  |

**GENITORE/TUTORE DELLO STUDENTE:**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Cognome                    |  |
| Nome                       |  |
| Luogo e data di nascita:   |  |
| Residente all'indirizzo:   |  |
| Iscritto presso l'Istituto |  |
| Plesso/classe              |  |

**DICHIARO:**

di impegnarmi 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 e Regionali atte a prevenire la diffusione del COVID-19, e con particolare riferimento agli obblighi di responsabilità genitoriale o del tutore previsti dal DPCM del 07.08.2020.

**ALTRESÌ DICHIARO 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 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 aver avuto contatti negli ultimi 14 giorni con persone dichiarate affette da COVID-19;
- non dovrà aver ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un contatto stretto con una persona contagiata da COVID-19.

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

- 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;
- di accettare espressamente la fruizione del servizio scuolabus e di averne dato adeguata informazione allo studente.

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

LUOGO: \_\_\_\_\_

FIRMA

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

\_\_\_\_\_