



# COMUNE DI ROSTA

Città metropolitana di Torino

10090 ROSTA – P.IVA 01679120012

Ufficio scuola 011-956.88.16 – fax: 011-954.00.38

**SERVIZIO AMMINISTRATIVO/SEGRETARIA GENERALE**  
**Ufficio Scuola**

**AUTODICHIARAZIONE COVID – 19 PER SERVIZIO PRE/POST SCUOLA**  
**A.S. 2020/2021**  
**(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 del bambino/a \_\_\_\_\_

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

e che usufruirà del servizio di Pre/Post scuola per l'anno scolastico 2020/2021,

**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 viva a contatto con **altro soggetto che invece risulti attualmente affetto dal virus** e, pertanto, si trovi 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 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 comparsa nel minore o in un proprio stretto familiare dei sintomi sopra riportati agli organi competenti (Medico curante/ASL).

Rosta lì \_\_\_\_\_

FIRMA DEL  
GENITORE DICHIARANTE

---

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile alla pagina web:

[http://www.comune.rosta.to.it/wp-content/uploads/2019/01/Informativa-sul-trattamento-dati-personali\\_ex-artt.-13-14-Regolamento-UE-2016\\_679.pdf](http://www.comune.rosta.to.it/wp-content/uploads/2019/01/Informativa-sul-trattamento-dati-personali_ex-artt.-13-14-Regolamento-UE-2016_679.pdf)

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 Rosta tratterà i dati necessari alla gestione del presente modulo con le modalità indicate nella relativa sezione descritta nell'Informativa sopra menzionata."

Rosta lì \_\_\_\_\_

FIRMA DEL  
GENITORE DICHIARANTE

---