

Il sottoscritto, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

NOME:	
COGNOME:	
DATA E LUOGO DI NASCITA:	
INDIRIZZO DI RESIDENZA:	
INDIRIZZO DI QUARANTENA:	
NUMERO DI TELEFONO:	
INDIRIZZO E-MAIL:	
NOMINATIVO DEL MEDICO CURANTE:	
PAESE ESTERO DI RIENTRO:	
TRAGITTO SVOLTO:	
DATA DI ARRIVO IN ITALIA:	
MOTIVO DELL'INGRESSO IN ITALIA: barrare la casella corrispondente	<input type="checkbox"/> equipaggio di mezzi di trasporto /personale viaggiante <input type="checkbox"/> partecipazione a manifestazioni sportive/fieristiche ( <i>allegare referto del tampone effettuato nelle 72 ore antecedenti l'arrivo</i> ) <input type="checkbox"/> esigenze di lavoro/salute/urgenza per massimo <b>120 ore</b> <input type="checkbox"/> transito per massimo <b>36 ore</b> <input type="checkbox"/> comprovati motivi di lavoro <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> lavoratore transfrontaliero <input type="checkbox"/> rientro dopo spostamento all'estero per lavoro per massimo <b>120 ore</b> <input type="checkbox"/> funzionario/ agente di organizzazioni internazionali/diplomatiche, personale militare, polizia o vigile del fuoco <input type="checkbox"/> studente che frequenta un corso di studi in uno stato diverso da quello di residenza <input type="checkbox"/> rientro dalle ferie <input type="checkbox"/> altro: _____

Dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza delle **misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia** (in particolare, delle prescrizioni contenute nei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2020, 7 settembre e 13 ottobre 2020), **riportate in forma sintetica nell'allegato** a questa dichiarazione, da firmare per presa visione;
- di non essere risultato positivo al coronavirus oppure, ove risultato positivo ad un test RT PCR effettuato all'estero, di aver seguito scrupolosamente i protocolli sanitari previsti dalle autorità del Paese in cui è stato effettuato il test, di aver osservato 14 giorni di isolamento dall'ultima data nella quale si presentavano sintomi e di non essere più sottoposto a misure di quarantena da parte delle autorità locali;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_