

**COMUNICAZIONE**  
**Ordinanza del Ministero della Sanità del 13 agosto 2020**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria personale responsabilità,

a) di essere entrato in Italia in data \_\_\_\_\_

b) dopo aver soggiornato in:

· CROAZIA    · GRECIA    · MALTA    · SPAGNA

c) Dichiara inoltre:

· di essere stato sottoposto a Tampone con esito negativo nel paese di provenienza (allego documentazione sanitaria)

o, in alternativa:

· di essere stato sottoposto a Tampone al momento dell'arrivo all'aeroporto/porto o luogo di confine di \_\_\_\_\_ con esito negativo

o, in alternativa

· di non essere stato ultimamente sottoposto a test per mezzo di tampone per cui resto in attesa di essere sottoposto al test da parte dell'Azienda Sanitaria competente.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_