

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 _____