

## MODULO DICHIARAZIONE SALUTE PUBBLICA DEL VIAGGIATORE COVID 19

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

DIMORA

Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

LUOGO DI QUARANTENA, se diverso da DIMORA

Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Proveniente da \_\_\_\_\_ Data e Ora di arrivo in CAMPANIA \_\_\_\_\_

Vettore utilizzato \_\_\_\_\_

Motivazione del rientro nel Comune dove si dimora

1.	Comprovata Esigenza Lavorativa	SI	NO
2.	Assoluta Urgenza Art. 1 D.P.C.M. 22 Marzo 2020	SI	NO
3.	Motivo di salute	SI	NO

Specificare motivazione \_\_\_\_\_

**FIRMA**

Il presente modulo costituisce dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 con le conseguenze anche penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000. Si allega documento di identità.

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato nel rispetto delle disposizioni previste all'art. 25 del DL 6/03/2020