

DICHIARAZIONE SU STATO DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a [Cognome] _____ [Nome] _____

nato/a a: _____ (prov.: _____) in data: _____

residente in _____ (prov.: _____) via _____ n. _____

e-mail _____ cell. _____ tel. _____

proveniente da _____ e diretto a _____ data accesso in Italia _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito dal codice penale e dalle leggi speciali,

DICHIARO

- di essere a conoscenza ovvero di prendere conoscenza in data odierna delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19, disposte da Stato Italiano e Regione Calabria, e dei possibili obblighi di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario per quattordici giorni, e, in ogni caso, di divieto di spostamento delle persone fisiche, nonché delle sanzioni previste per inottemperanza;

- di essersi registrato ovvero di sapere dell'obbligo di registrazione *online* al seguente indirizzo web:

<https://emergenzacovid.regione.calabria.it/>

- di essere risultato positivo al virus COVID-19: SI NO
- di essere stato sottoposto a quarantena: SI NO
- di aver svolto la quarantena dal _____ al _____ in _____ SI NO

e/o che, **negli ultimi quattordici (14) giorni**,

- ho avuto febbre, tosse o difficoltà respiratorie: SI NO
- familiari e/o conviventi hanno avuto i predetti sintomi: SI NO
- ho viaggiato e/o transitato nei seguenti Paesi: Cina, Hong Kong, Giappone, Corea del Sud, Iran, Spagna, Germania, Francia, USA, Austria, Regno Unito: SI NO
- ho viaggiato e/o transitato nei seguenti Paesi: _____ SI NO
- sono transitato in altre aree a rischio verificato e/o presunto come _____ SI NO
- sono venuto a contatto con persone successivamente rientrate tra i casi sospetti o conclamati di Coronavirus COVID-19 e/o con persone per esso monitorate: SI NO

In accordo con l'ordinanza numero 60 emanata dalla Regione Calabria in data 12/08/2020, dichiaro che negli ultimi 14 giorni prima della data odierna, sono transitato/ho soggiornato in Croazia/Grecia/Malta/Spagna e che, nelle 72 ore precedenti a oggi, sono risultato negativo al tampone. SI NO

In caso di test effettuato, ne allego l'esito. Diversamente, riconosco che un tampone nasofaringeo è obbligatorio, entro 48 ore da oggi, presso l'ASP di Reggio Calabria.

Per maggiori informazioni si prega di chiamare il numero verde della Regione Calabria : **800 76 76 76** o il numero del Ministero della Salute : **1500**

Si allega documento di identità e prova dell'avvenuta registrazione in Italia e/o Calabria, nei quattordici giorni precedenti all'arrivo. La presente dichiarazione è rilasciata, espressamente autorizzando la Società ricevente a trattare i propri dati personali e sensibili (ivi inclusi quelli sanitari), a tutti gli effetti di legge e secondo le normative applicabili in norma di riservatezza dei dati personali.

[FIRMA]
