

**MODULO DI DICHIARAZIONE DI RIENTRO DA PAESI
PER I QUALI E' PREVISTO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO**

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____

Indirizzo _____ N. civ. _____ CAP _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Documento _____ N. _____

Telefono _____ e-mail _____

Nominativo del medico di Medicina generale

Nome _____ Cognome _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

- che svolge una professione socio-sanitaria o di assistenza alla persona SI NO
- che il proprio Datore di Lavoro è

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Telefono _____

- di essere rientrato in Italia il _____ da (indicare lo Stato) _____
- di aver avviato l'isolamento fiduciario presso:

Comune _____

Indirizzo _____ N. civ. _____ CAP _____ Prov. _____

- Dichiaro che segnalerò tempestivamente al medico di medicina generale o di continuità assistenziale l'eventuale insorgenza di sintomi
- Compilando e inviando il modulo, si accetta l'informativa sulla privacy: i dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679
- Letto e accettato _____ Data _____

Firma _____