

Al Dipartimento di Sanità Pubblica Sede di: \_\_\_\_\_

Inoltare a: [viaggiatori.ra@auslromagna.it](mailto:viaggiatori.ra@auslromagna.it) (per ambito di Ravenna)

[rientroviaggi.ce@auslromagna.it](mailto:rientroviaggi.ce@auslromagna.it) (per ambito di Cesena)

[profilassi.fo@auslromagna.it](mailto:profilassi.fo@auslromagna.it) (per ambito di Forlì)

[estero.rn@auslromagna.it](mailto:estero.rn@auslromagna.it) (per ambito di Rimini)

## COMUNICAZIONE

---

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) Dichiaro 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 di codesta Azienda Sanitaria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da compilare da parte di ogni componente del nucleo familiare. Se minore la compilazione spetta ad uno dei genitori.