

Modulo di dichiarazione di salute pubblica del viaggiatore

Dichiarazione di Salute Pubblica

Si prega di compilare questo modulo. Le informazioni vengono raccolte come parte della risposta di sanità pubblica a causa dei focolai di COVID-19 (Coronavirus) in Italia. Le informazioni saranno utilizzate dalle autorità di sanità pubblica in conformità con le attuali leggi in materia.

Informazioni sul Passeggero

Cognome: Nome:
Nazionalità: Numero del passaporto:
Data di arrivo in Italia: Giorno Mese Anno Data di nascita: Giorno Mese Anno
Sesso: Maschio Femmina Indirizzo e-mail:
Numero di telefono (includere il prefisso del paese o il nome del paese):
Indirizzo email
Indirizzo di casa:
Indirizzi per i prossimi 14 giorni:

Nelle ultime 48h ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi? SI NO

- a. Febbre ($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$), brividi o sintomi febbrili? _____
- b. Tosse e/o Mal di gola? _____
- c. Congiuntivite? _____
- d. Difficoltà respiratoria? _____

Negli ultimi 14 giorni SI NO

- e. Ha convissuto o ha avuto contatti (es: amici, parenti) con persone affette da COVID-19? _____
- f. Ha lavorato in una struttura sanitaria e ha avuto contatti con pazienti vivi o deceduti con COVID-19 o in un laboratorio che analizza campioni COVID-19 senza utilizzare dispositivi di protezione individuale? _____
- g. E stato in un Paese in cui è presente trasmissione attiva di SARS-CoV2? _____

Paesi di provenienza (In Italia: inclusi Regioni/Città/Comuni)

Tutti i paesi negli ultimi 14 giorni (inclusi aeroporti, porti, transiti e paese di provenienza) Elenca prima il Paese più recente. Se hai bisogno di più spazio, utilizza il retro della pagina.

1..... 3.....
2..... 4.....

Data _____

Firma _____