



MODULO DICHIARAZIONE SALUTE PUBBLICA DEL VIAGGIATORE COVID 19 ai sensi del DPCM del 8 Marzo 2020

La compilazione della presente scheda è obbligatoria per tutti gli individui che hanno fatto o faranno ingresso in regione Campania, con decorrenza dalla data del 7/03/2020 e fino al 3 aprile 2020, provenienti dalla Regione Lombardia e dalle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia, Novara.

INVIARE A: dichiarazioneviaggiatore@aslnapoli2nord.it

| | | | |
|-----------------|----------------------|------------------|---|
| Nome | <input type="text"/> | Cognome | <input type="text"/> |
| Data di nascita | <input type="text"/> | Luogo di Nascita | <input type="text"/> |
| | | Sesso | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Nazionalità | <input type="text"/> | Codice fiscale | <input type="text"/> |

RESIDENZA

| | | | |
|--------|----------------------|-------|----------------------|
| Via | <input type="text"/> | N | <input type="text"/> |
| Comune | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |

DOMICILIO IN REGIONE CAMPANIA

| | | | |
|--------|----------------------|-------|----------------------|
| Via | <input type="text"/> | N | <input type="text"/> |
| Comune | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |

| | | | | | |
|----------|----------------------|-----------|----------------------|-------|----------------------|
| Telefono | <input type="text"/> | Cellulare | <input type="text"/> | eMail | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|-----------|----------------------|-------|----------------------|

| | | | |
|--------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| Proveniente da | <input type="text"/> | Data e Ora di arrivo in CAMPANIA | <input type="text"/> |
| Vettore utilizzato | <input type="text"/> | | |

Motivazione del viaggio in Campania

- | | | | | | |
|----|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. | Comprovata Esigenza Lavorativa | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Situazione di Necessità | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Motivo di salute | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Rientro presso il proprio domicilio/dimora | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Per i casi da 1 a 3 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