



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, Verbanò-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia, Novara.

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

Medico di medicina generale da cui è assistito e ASL di appartenenza dello stesso

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