**AI SENSI DELL’ORDINANZA N. 68 DEL 12.08.2020 DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE CAMPANIA**

**Dal 30 luglio al 31 agosto 2020**

**MODULO DA COMPILARE**

Ai cittadini residenti in Regione Campania che fanno rientro dall’estero, con tratte dirette o attraverso scali o soste intermedie nel territorio nazionale

 è fatto obbligo di osservare l’isolamento domiciliare fiduciario per 14 giorni dal rientro, nelle more dell’esito delle indagini di laboratorio effettuate dalla competente ASL. Il regime di isolamento domiciliare fiduciario viene meno all’atto dell’eventuale esito negativo degli esami, fatta salva ogni ulteriore competente determinazione della ASL.

E’ fatta raccomandazione a tutti i cittadini residenti nella regione Campania che, nei 14 giorni antecedenti alla data del presente provvedimento, abbiano fatto rientro da viaggi o vacanze all’estero, con tratte dirette o attraverso scali o soste intermedie nel territorio nazionale, di contattare il Dipartimento di prevenzione della ASL di appartenenza al fine di sottoporsi a test sierologico e/o tampone e di osservare l’isolamento fiduciario fino ai relativi esiti, a tutela della propria salute e della incolumità dei propri parenti e conoscenti.

**Il modulo per i residenti dei 57 comuni di competenza della Asl Napoli 3 Sud deve essere trasmesso all’email del Dipartimento di Prevenzione (dippr@aslnapoli3sud.it).**

* **Inoltre, si ha l’obbligo di:**
	+ in caso di sintomi (febbre, tosse, dispnea etc…) farne comunicazione alla Unità Operativa di Prevenzione Collettiva di competenza e al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Cognome:  |
| Data di nascita | Luogo di nascita:  | Sesso: M F |
| Nazionalità: | Codice fiscale: |
| Documento di riconoscimento: |
| Telefono:  | Cellulare: |
| Email: |

|  |
| --- |
| RESIDENZA |
| Via: | N: |
| Comune: | Prov.: |

|  |
| --- |
| **Persone Conviventi** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| DOMICILIO (se diverso dalla residenza) IN REGIONE CAMPANIA |
| Via  | N: |
| Comune: | Prov.: |

|  |
| --- |
| **Persone Conviventi** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Proveniente da: | Data e ora di arrivo |
| A: luogo di arrivo in Campania |
| Vettore/mezzo di trasporto utilizzato: |

|  |
| --- |
| Altre comunicazioni ritenute necessarie: |
|  |
|  |

Dichiara di essere a conoscenza di quanto previsto per i rientri in Italia ed in Regione Campania ai sensi dei DPCM e dell’Ordinanza del Presidente delle Regione Campana n. 68 del 12/08/2020.

Essere consapevole che:

Il presente modulo costituisce dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 con le conseguenze anche penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, all’uopo si allega documento di identità.

Di aver letto l’informativa relativa al trattamento dei dati personali che sarà effettuato nel rispetto del GDPR 679/2016 e dell’art. 14 del DL 9 marzo 2020 n.14 e secondo le policy dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, giusta delibera n° 288 del 22.04.2020.

A tal fine autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa precitata.

FIRMA