

AUTOCERTIFICAZIONE RILASCIATA AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE, DELLE INFRASTRUTTURE E TRASPORTI DEL 28 MARZO 2020

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

nato a _____ il _____

residente a _____

domiciliato a _____

utenza telefonica _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 495 c.p.) dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere rientrato in Italia dal seguente Paese _____
- di essere rientrato in Italia in data _____
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da COVID19 (coronavirus) previste dall'art. 1 comma 1 D.M. 120/2020, che prevedono, in questa circostanza, di essere sottoposti a un periodo di isolamento al proprio domicilio, per 14 giorni dalla data di rientro in Italia, e di comunicare tempestivamente al Dipartimento di Prevenzione dell'APSS di Trento – U.O. Igiene e sanità pubblica l'eventuale insorgenza di sintomi suggestivi di infezione da coronavirus (febbre, tosse, dolori articolari e muscolari) al numero 3356428440 o alla mail segreteria.uoisp@apss.tn.it
- di essere consapevole che il mancato rispetto delle disposizioni previste dall'art. 1 Comma 1 del D.M. 120/2020 (mancata comunicazione del rientro in Italia da Paese estero e mancata comunicazione dell'esordio di sintomi suggestivi di infezione da COVID19) sono puniti ai sensi dell'art. 650 del c.p.
- di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e dell'art. 14, D.L. 9.3.2020, n. 14 recante disposizioni particolari nell'ambito dell'emergenza Covid-19, che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità della sorveglianza

Data _____

Firma _____

Il presente modulo va inviato a: segreteria.uoisp@apss.tn.it

Allegato:

- **copia fotostatica o immagine, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**



OHSAS 18001:2007