

# AUTODICHIARAZIONE GIUSTIFICATIVA PER L'INGRESSO IN ITALIA DALL'ESTERO

(da consegnare al vettore in caso di utilizzo di mezzo pubblico di trasporto)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),  
via/piazza \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali e  
amministrative previste in caso di dichiarazioni mendaci

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle **misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia** (in particolare, delle prescrizioni contenute nei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2020, 7 settembre e 13 ottobre 2020), **riportate in forma sintetica nell'allegato** a questa dichiarazione, da firmare per presa visione;
- di non essere risultato positivo al coronavirus oppure, ove risultato positivo ad un test RT PCR effettuato all'estero, di aver seguito scrupolosamente i protocolli sanitari previsti dalle autorità del Paese in cui è stato effettuato il test, di aver osservato 14 giorni di isolamento dall'ultima data nella quale si presentavano sintomi e di non essere più sottoposto a misure di quarantena da parte delle autorità locali;

- di entrare in Italia dalla seguente località estera: \_\_\_\_\_,  
tramite il seguente mezzo di trasporto (in caso di mezzo privato indicare tipo di veicolo e targa; in caso di mezzo pubblico estremi del volo / corsa ferroviaria o stradale / tratta marittima): \_\_\_\_\_

di avere effettuato negli ultimi 14 giorni soggiorni / transiti nei seguenti Paesi e territori: \_\_\_\_\_

- di fare ingresso in Italia per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

- che, ove necessario alla luce della normativa e della propria situazione personale, si sottoporrà a **tampone** presso la seguente Azienda Sanitaria locale \_\_\_\_\_ e/o svolgerà il periodo di 14 giorni di sorveglianza sanitaria e **isolamento fiduciario** al seguente indirizzo:

piazza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

- che i recapiti telefonici presso cui ricevere le comunicazioni durante l'intero periodo di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario sono i seguenti:

fisso \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

Luogo:

Data:

Ora:

Firma del dichiarante:

Per il Vettore: