

## Modulo di dichiarazione di salute pubblica del viaggiatore

### Dichiarazione di Salute Pubblica

Si prega di compilare questo modulo. Le informazioni vengono raccolte come parte della risposta di sanità pubblica a causa dei focolai di COVID-19 (Coronavirus) in Italia. Le informazioni saranno utilizzate dalle autorità di sanità pubblica in conformità con le attuali leggi in materia.

### Informazioni sul Passeggero

Cognome: ..... Nome: .....  
Nazionalità: ..... Numero del passaporto: .....  
Data di arrivo in Italia: Giornata ..... Mese ..... Anno ..... Data di nascita: Giornata ..... Mese ..... Anno .....  
Sesso: Maschio ..... Femmina ..... Indirizzo e-mail: .....  
Numero di telefono (includere il prefisso del paese o il nome del paese): .....  
Indirizzo email  
Indirizzo di casa: .....  
Indirizzi per i prossimi 14 giorni: .....

### Nelle ultime 48h ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi? SI NO

- a. Febbre ( $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ), brividi o sintomi febbrili? \_\_\_\_\_
- b. Tosse e/o Mal di gola? \_\_\_\_\_
- c. Congiuntivite? \_\_\_\_\_
- d. Difficoltà respiratoria? \_\_\_\_\_

### Negli ultimi 14 giorni SI NO

- e. Ha convissuto o ha avuto contatti (es: amici, parenti) con persone affette da COVID-19? \_\_\_\_\_
- f. Ha lavorato in una struttura sanitaria e ha avuto contatti con pazienti vivi o deceduti con COVID-19 o in un laboratorio che analizza campioni COVID-19 senza utilizzare dispositivi di protezione individuale? \_\_\_\_\_
- g. È stato in un Paese in cui è presente trasmissione attiva di SARS-CoV2? \_\_\_\_\_

### Paesi di provenienza (In Italia: inclusi Regioni/Città/Comuni)

Tutti i paesi negli ultimi 14 giorni (inclusi aeroporti, porti, transiti e paese di provenienza) Elenca prima il Paese più recente. Se hai bisogno di più spazio, utilizza il retro della pagina.

- 1.....
- 3.....
- 2.....
- 4.....