

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19
(da consegnare al vettore - scrivere in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____
DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL _____
CON PASSAPORTO/Documento N. _____ RILASCIATO IL _____
DA _____ RESIDENTE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l'insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dallo sbarco dall'aeromobile, al vettore e all' Autorità sanitaria locale.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall'arrivo in Italia, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail:

CITTA' _____, PROVINCIA _____
INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____
RECAPITO TELEFONICO _____ e-mail _____
Luogo e data: _____, _____

In Fede,
(firma leggibile del Dichiarante)

SELF-DECLARATION COVID – 19
(to be delivered to the carrier – write in capital letters)

THE UNDERSIGNED (Last name and name) _____
NATIONALITY _____, PLACE AND DATE OF BIRTH _____/_____/_____
PASSPORT/DOCUMENT NUMBER _____ DATE OF ISSUE _____
ISSUED BY _____

DECLARES UNDER HIS/HER OWN RESPONSIBILITY:

- 1) of not suffering from COVID-19 or not having being subject to mandatory quarantine of at least 14 days;
- 2) of not being affected by feverish pathology with a temperature over 37,5 °C
- 3) of not having an insistent cough, respiratory difficulty, cold, sore throat, headache, strong asthenia (fatigue), decrease or loss of smell/taste, diarrhea;
- 4) not having had close contact with people suffering from COVID-19 within 48 hours prior to the onset of symptoms and up to 14 days after the onset itself;

The undersigned moreover undertakes, when arriving in Italy, to immediately report the appearance of any of the above mentioned symptoms to the carrier and to the Local Health Authority should they occur within 8 days after disembarking from the aircraft.

With the aim to trace the undersigned in the 14 days following the arrival in Italy, I report here below my address /phone number /e-mail:

CITY _____, PROVINCE _____
ADDRESS _____ n. _____ zip code _____
PHONE NUMBER _____ E-MAIL _____
Date ____/____/____, place _____

In Faith,
(readable signature of the registrant)

AUTODICHIARAZIONE COVID – 19
(da consegnare al vettore - scrivere in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME NOME) _____
DI NAZIONALITA' _____, NATO A _____ IL _____
CON PASSAPORTO/Documento N. _____ RILASCIATO IL _____
DA _____ RESIDENTE _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE QUANTO SEGUE:

- 1) Di non essere affetto da COVID-19 o di non essere sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti persona affetta da COVID-19 sin da due giorni prima l'insorgenza dei sintomi e fino a 14 giorni dopo l'insorgenza dei medesimi.

Il sottoscritto inoltre si impegna di comunicare l'eventuale comparsa dei sintomi sopra riportati che si presentino nei successivi 8 giorni dallo sbarco dall'aeromobile, al vettore e all' Autorità sanitaria locale.

Ai fini della tracciabilità del sottoscritto nei successivi 14 giorni dall'arrivo in Italia, qui di seguito riporto l'indirizzo di domicilio / recapito telefonico /e-mail:

CITTA' _____, PROVINCIA _____
INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____
RECAPITO TELEFONICO _____ e-mail _____
Luogo e data: _____, _____

In Fede,
(firma leggibile del Dichiarante)

SELF-DECLARATION COVID – 19
(to be delivered to the carrier – write in capital letters)

THE UNDERSIGNED (Last name and name) _____
NATIONALITY _____, PLACE AND DATE OF BIRTH _____/_____/_____
PASSPORT/DOCUMENT NUMBER _____ DATE OF ISSUE _____
ISSUED BY _____

DECLARES UNDER HIS/HER OWN RESPONSIBILITY:

- 1) of not suffering from COVID-19 or not having being subject to mandatory quarantine of at least 14 days;
- 2) of not being affected by feverish pathology with a temperature over 37,5 °C
- 3) of not having an insistent cough, respiratory difficulty, cold, sore throat, headache, strong asthenia (fatigue), decrease or loss of smell/taste, diarrhea;
- 4) not having had close contact with people suffering from COVID-19 within 48 hours prior to the onset of symptoms and up to 14 days after the onset itself;

The undersigned moreover undertakes, when arriving in Italy, to immediately report the appearance of any of the above mentioned symptoms to the carrier and to the Local Health Authority should they occur within 8 days after disembarking from the aircraft.

With the aim to trace the undersigned in the 14 days following the arrival in Italy, I report here below my address /phone number /e-mail:

CITY _____, PROVINCE _____
ADDRESS _____ n. _____ zip code _____
PHONE NUMBER _____ E-MAIL _____
Date ____/____/____, place _____

In Faith,
(readable signature of the registrant)
