



Modulistica da inviare a: **rientro@aulss9.veneto.it**

Data _____

Il sottoscritto _____ nato il _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

Via _____ TELEFONO _____

documento di identità (Tipo) _____ N° _____

consapevole delle conseguenze penali previste in casi di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445);

visto il Decreto M_INF UFFGAB.REG DECRETI.R.000120.17/03/2020 a firma del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti di concerto con il Ministro della Salute del 17/03/2020

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere rientrato in Italia il _____ da _____;
- di aver avviato l'isolamento fiduciario per un periodo di 14 giorni presso il proprio domicilio (o presso _____);
- che segnalerà tempestivamente al proprio Medico di Medicina Generale l'eventuale insorgenza di sintomi.

Riservato a lavoratori:

necessita di certificato di astensione al lavoro: SI NO

Indicare nominativo Medico di Medicina Generale _____

Firma _____

Si ricorda che la misura di isolamento può essere soggetta a controlli da parte delle Forze dell'ordine.