



Al Dipartimento di Prevenzione ASL di Salerno
dip.prevenzione@pecaslsalerno.it

Al Comando di Polizia Municipale di Bellizzi
Polizia.municipale@pec.comune.bellizzi.sa.it

Al Medico di Medicina Generale

Alla Stazione dei Carabinieri di Bellizzi
tsa30647@pec.carabinieri.it

**Rilevazione dei dati dei soggetti provenienti in arrivo nella Regione Campania.
(Ordinanza del Presidente della Regione Campania n. 41 dell'1 maggio 2020)**

Il sottoscritto _____ nato il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

Identificato a mezzo di _____ n. _____

Telefono _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA

- Di osservare la permanenza domiciliare con isolamento fiduciario, mantenendo lo stato di isolamento per 14 giorni dall'arrivo, con divieto di contatti sociali,
- Di osservare il divieto di spostamenti e viaggi;
- Di rimanere raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza al seguente indirizzo _____ e al seguente recapito telefonico _____ cellulare _____
- In caso di comparsa di sintomi, di avvertire immediatamente il Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente e il proprio medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta ove appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale della Regione Campania, per ogni conseguente determinazione.

Luogo e data di compilazione della scheda _____

IL DICHIARANTE

**OPERATORE PREPOSTO ALLA RICEZIONE ED
ENTE DI APPARTENENZA**
