

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

per gli adempimenti al rientro dall'estero periodo emergenziale COVID-19 – fase 3
per operatori sanitari, operatori sociali, badanti, lavoratori stagionali, lavoratori in trasferta entro 5 giorni

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Via _____ Comune _____ Provincia (____)

Codice Fiscale _____

Visto quanto disposto dall'Ordinanza del Ministero della Salute del 12 agosto 2020 e dall'Ordinanza n. 84 del 13 agosto 2020 del Presidente della Regione del Veneto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, che le informazioni sopra e sotto riportate sono veritiere:

- di essere rientrato in Italia il giorno ___/___/___ alle ore _____ da _____;
- di essere un operatore sanitario, operatore socio-sanitario, badante, lavoratore stagionale, lavoratore in trasferta entro 5 giorni per il quale vi è obbligo di eseguire il tampone per entrare in Veneto;
- di essere a conoscenza che per il rientro da **Bulgaria, Romania, Armenia, Bahrein, Bangladesh, Bosnia Erzegovina, Brasile, Cile, Kuwait, Macedonia del Nord, Moldova, Oman, Panama, Perù, Repubblica Dominicana, Kosovo, Montenegro, Serbia, Colombia per i quali, vi è obbligo di isolamento fiduciario di 14 giorni;** per tutti gli altri Paesi vi è obbligo di isolamento fiduciario fino all'esito NEGATIVO del tampone;
- di essere a conoscenza delle sanzioni conseguenti alla mancata sottoposizione al test messo a disposizione dall'Azienda ULSS 6 Euganea e dell'obbligo di isolamento fiduciario così come sopra precisato;
- di aver preso visione dell'informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 relativa al trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda ULSS 6 Euganea, così come pubblicata nel sito aziendale e resa disponibile presso le strutture aziendali che effettuano l'accertamento sanitario.

Inoltre richiede:

- di voler essere sottoposto a test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 (tampone) o test sierologico;
- che l'esito dell'accertamento sia inviato con un SMS al cellulare personale al nr. _____
- che l'esito dell'accertamento sia inviato al seguente indirizzo e-mail _____

_____, _____

Firma del Dichiarante
