DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)
per gli adempimenti al rientro dall'estero (Bulgaria / Romania)
periodo emergenziale COVID-19 – fase 3

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Via _____ Comune _____ Provincia (___)

Codice Fiscale _____

□ per proprio conto

□ per conto della persona che rappresenta o assiste legalmente

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune _____ Provincia (___)

Codice Fiscale _____

□ nell'esercizio della responsabilità genitoriale

□ nell'esercizio della _____ (tutela/curatela/amministrazione di sostegno), in qualità di _____ (tutore/curatore/amministratore di sostegno), in forza del provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____ R.G. numero _____ del ____/___/____

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 / □ che la persona che rappresenta è rientrata in Italia il giorno ___/___/___ alle ore _____ da Bulgaria □, Romania □,

□ di essere a conoscenza dell'obbligo di isolamento fiduciario **PER 14 GIORNI DAL GIORNO DI RIENTRO IN ITALIA**

□ di essere a conoscenza che vi è l'obbligo di eseguire il tampone per entrare in Veneto;

□ 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 / □ che la persona che rappresenta sia sottoposta 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 seguente nr. di cellulare _____

□ che l'esito dell'accertamento sia inviato al seguente indirizzo e-mail _____

_____ lì, _____ Firma del Dichiarante

_____

==========