Comunicazione ai sensi dell’art. 4 DPCM 26 aprile 2020 e dell’Ordinanza della Giunta Regionale della Campania n. 41 del 01.05.2020 - rientro **dall’estero** presso il proprio domicilio, abitazione o residenza

Al Dipartimento di Prevenzione ASL Napoli 3sud

Unità Operativa di Prevenzione Collettiva del Distretto 58

pec: ds58.uopc@pec.aslnapoli3sud.it

Al Comune di Pompei

pec: protocollo@pec.comune.pompei.na.it

Al Medico di Medicina Generale\*: Dott. …………………………………………………..

*(\*compilare solo se appartenente al Servizio Sanitario della Regione Campania )*

Il/la sottoscritto ………………………………………….....................,

nato/a a ……………………………………………….il ………………………………

codice fiscale …………………………………………

residente a ……………………………………….. prov……………… il ………………………………….

telefono ……………………………………………………………..

 e mail ……………………………………………………………. pec ………………………………………

*Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di*

*dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,*

*ai sensi e per gli effetti degli artt 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,*

**COMUNICA**

che, proveniente da ………………………………………..…………..,

il giorno …………..…………. alle ore ……………….,

spostandosi con mezzo di trasporto O) proprio O) …………………………………………………;

farà rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza sito/a nel Comune di C…………………………………….. alla via …………….…………………………………. n…………… n.ro telefono fisso ……………………………:

che, per i 14 giorni successivi all’arrivo, e quindi fino al giorno ………………………..,

1. manterrà la permanenza domiciliare con isolamento fiduciario il suddetto domicilio/abitazione/ residenza (rispetterà il divieto di avere contatti sociali, di effettuare viaggi o spostamenti)
2. Si sottoporrà a sorveglianza sanitaria (resterà raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza) e, in caso di comparsa di sintomi, avvertirà immediatamente la U.O.P.C. in intestazione (081.8729.698/660/661) ed il proprio medico di medicina generale (ove appartenenti al Sistema sanitario della Regione Campania), per ogni conseguente determinazione

……………………….lì ………………..

 FIRMA

Allega documento di identità.