



**MODULO DI DICHIARAZIONE DI RIENTRO DA PAESI
PER I QUALI E' PREVISTO L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO**

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente a _____

Indirizzo _____ N. civ. _____ CAP _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Documento _____ N. _____

Telefono _____ e-mail _____

Nominativo del medico di Medicina generale

Nome _____ Cognome _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

▪ che svolge una professione socio-sanitaria o di assistenza alla persona SI NO

▪ che il proprio Datore di Lavoro è

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Telefono _____

▪ di essere rientrato in Italia il _____ da (indicare lo Stato) _____

▪ di aver avviato l'isolamento fiduciario presso:

Comune _____

Indirizzo _____ N. civ. _____ CAP _____ Prov. _____

Dichiaro che segnalerò tempestivamente al medico di medicina generale o di continuità assistenziale l'eventuale insorgenza di sintomi

Compilando e inviando il modulo, si accetta l'informativa sulla privacy: i dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679

Letto e accettato _____ Data _____

Firma _____



CeMeDi S.r.l. Società Unipersonale

Corso Massimo d'Azeglio 25 - 10126 Torino
Capitale sociale euro 50.000,00 i.v.; C.F.,Reg. Imp. 10756570965; REA MI - 2555151
www.cemedi.it

Member of



**Lifenet
Healthcare**