

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it; malinf@sanita.it;
coordinamento.usmafsasn@sanita.it; f.maraglino@sanita.it; coordinamento.contactracing@sanita.it

Io sottoscritto (Cognome e nome) _____ in qualità di (specificare ruolo)

_____dichiaro che (Cognome e nome)

_____(professione)_____

_____ Nato/a _____, il ___/___/_____, Residente* in _____,
telefono _____, che tornerà in Italia con il volo/i
_____, del ___/___/_____, destinazione Aeroporto di
_____ dove arriverà il ___/___/_____, ha prestato la sua opera come
_____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso i progetti gestiti da
_____ in _____ (specificare _____ Paese
affetto) _____ Località _____.

Certifico inoltre che non avendo avuto contatti non protetti con casi noti o sospetti di malattia da virus Marburg (vivi o morti) o con animali morti o malati o altre possibili esposizioni a rischio, quali partecipazione a funerali, durante la permanenza in (specificare Paese affetto) _____ nei precedenti 21 giorni, è da considerarsi a rischio _____ sulla base della circolare del Ministero della Salute del 4 settembre 2019 (figura 2).

Si dichiara, altresì, che al momento della partenza il suddetto operatore non presenta alcun sintomo di malattia (febbre, vomito, dolori articolari, debolezza, sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue) e che lo stesso è consapevole che, ove durante il viaggio dovesse emergere qualsiasi sintomo di malattia, dovrà immediatamente e prima dell'arrivo segnalarlo al personale di volo.

Dichiaro inoltre quanto segue (eventuali note aggiuntive)
_____.

Luogo

Data

Cognome e nome del medico (se presente)

Firma leggibile

L'operatore rientrante

Firma leggibile

Cognome e Nome del Rappresentante

Firma leggibile e timbro

* indicare indirizzo completo di residenza o domicilio abituale in Italia, per la continuazione della sorveglianza sanitaria.