SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

Autocertificazione isolamento domiciliare e sorveglianza sanitaria

Il sottoscritto Cognome_____ Nome _____,

nato il ____/____/_____ , a _____ prov __ , residente a _____

Prov. _____ , Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ ,

documento, specificare _____ numero _____ ,

recapito telefonico _____, indirizzo email _____

dichiara di essere entrato in Italia sul volo partito da _____ ,

ora partenza ___ : ___ ora arrivo ___ : ___ N° volo _____ , posto _____ .

A ☐ In caso di positività al test rapido di ricerca per per SARS-CoV-2 effettuato all'arrivo, nell'attesa della risposta al test molecolare eseguito successivamente, dichiara di trascorrere il periodo di isolamento presso il comune di _____ prov __ , in via\pz _____

B ☐ Dichiara che per improrogabili e urgenti motivi non può eseguire il test per l'identificazione diretta del virus SARS-CoV-2 presso l'aeroporto di: _____

Si impegna ad eseguire il test molecolare o antigenico, da effettuarsi per mezzo di tampone, entro 48 ore dall'ingresso nel territorio nazionale presso l'azienda sanitaria locale di riferimento e, prima dell'esecuzione, ad osservare l'isolamento fiduciario nel comune di _____ prov _____ , in via\pz _____

RACCOMANDAZIONI PER L'ISOLAMENTO:

Il sottoscritto si impegna a rispettare le seguenti prescrizioni per raggiungimento del luogo indicato e per isolamento.
Il luogo dell'isolamento dovrà essere raggiunto con mezzo proprio, possibilmente senza soste; in caso queste si rendessero necessarie, si dovrà utilizzare mascherina protettiva mantenendo distanza di sicurezza dalle altre persone di almeno 1 mt. Nel corso dell'isolamento, è necessario rimanere da soli in una stanza dedicata, possibilmente con bagno ad uso esclusivo; se quest'ultimo non fosse disponibile, è necessario detergere i sanitari con comuni prodotti dopo ogni uso, ed arieggiare il bagno per almeno 30 min. prima del successivo utilizzo da parte di altri. Non è possibile ricevere visite né uscire dal domicilio. In caso di insorgenza di sintomatologia di qualunque natura, è necessario contattare il Medico Curante ovvero il servizio di Igiene Pubblica della ASL territorialmente competente.

In caso il referto relativo all'esame eseguito non dovesse pervenire entro 72 dalla data di esecuzione del tampone, è possibile richiederlo alla propria ASL.

Roma, ___ /___ /_____ Firma del dichiarante o del genitore\tutore

_____

Indicazioni ASL e recapiti