



Dipartimento di Prevenzione
Unità Operativa Prevenzione Collettiva
-U.O.P.C. Distretto n. 50 –
Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma
ds50.uopc@pec.aslnapoli3sud.it
Tel. 081.19324263

Prot. n° 10309/PC 50
del 11.03.2020

Ai Sindaci dei Comuni del Distretto Sanitario 50

Ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta
per i tramite del Direttore del Distretto Sanitario 50

Oggetto: obblighi per i soggetti rientrati nella Regione Campania dalla Regione Lombardia e dalle Province di cui all'art. 1 D.P.C.M. del 08 marzo 2020

Si trasmette, in allegato alla presente, il fac-simile da rendere disponibile ai soggetti interessati anche attraverso i siti informatici istituzionali.

Si invitano i comuni a provvedere ad un'unica trasmissione pomeridiana o serale di tutte le comunicazioni pervenute nell'arco della giornata all' indirizzo PEC in intestazione.

Gli interessati potranno ottenere eventuali certificati per le assenze dal servizio, dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, esibendo prova dell'avvenuta comunicazione al Comune.

I Dirigenti Medici UOPC 50



Dr.ssa G. Guidetti
Dr.ssa A. Ricci

Al Comune di
mail

Alla UOPC 58 ASL Napoli 3 sud.it
per il tramite del Comune di

Oggetto DICHIARAZIONE AI SENSI DEL DPCM DEL 8 MARZO 2020 e dell'ORDINANZA REGIONALE N. 08 DEL 08.03.2020 (La compilazione della presente scheda è obbligatoria per tutti gli individui che hanno fatto o faranno ingresso in regione Campania, con decorrenza dalla data del 7/03/2020 e fino al 3 aprile 2020, provenienti dalla Regione Lombardia e dalle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Verbanco-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia, Novara)

IL / LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____ PROV. _____ VIA _____ CAP. _____
NAZIONALITA' _____ CODICE FISCALE _____
TELEFONO _____ CELLULARE _____
EMAIL _____

DICHIARA

DI PROVENIRE DA _____ E DI ESSERE RIENTRATO IN CAMPANIA IL
GIORNO _____ UTILIZZANDO COME MEZZO DI TRASPORTO _____
PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE (comprovata esigenza lavorativa, situazione di necessità, motivo di salute, rientro presso il proprio domicilio /dimora) _____
E DI AVERE ELETTO IL PROPRIO DOMICILIO PRESSO IL COMUNE DI,
IN VIA _____ N. _____ PROV. _____
MEDICO DI FAMIGLIA _____ TEL _____

SI IMPEGNA

- A MANTENERE PER I 14 GIORNI DALL'ARRIVO LO STATO DI ISOLAMENTO DOMICILIARE FIDUCIARIO CON DIVIETO DI CONTATTI SOCIALI, NONCHÉ DI VIAGGI E SPOSTAMENTI;
- A RIMANERE RAGGIUNGIBILE PER LE ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA;
- IN CASO DI COMPARSA DI SINTOMI, DI AVVERTIRE SUBITO IL MEDICO O IL PEDIATRA O L'OPERATORE DI SANITÀ PUBBLICA

.....Il

FIRMA

Il presente modulo costituisce dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 con le conseguenze anche penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000. Si allega documento di identità.

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato nel rispetto delle disposizioni previste all'art. 25 del DL 6/03/2020