Al Comune di Santo Stefano Quisquina

protocollo@pec.comune.santostefanoquisquina.ag.it
info@comune.santostefanoquisquina.ag.it

Al Dipartimento di prevenzione dell’Azienda Sanitaria provinciale

di Agrigento

dp.siav@aspag.it

vittorio.spoto@aspag.it

Al Dottor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico di medicina generale del/della sottoscritta dichiarante

Al Dottor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico pediatra di libera scelta del/della figlio/figlia della sottoscritta dichiarante

Oggetto: emergenza CORONAVIRUS COVID – 19; comunicazione di rientro a Santo Stefano Quisquina da zone a rischio epidemiologico.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, in riferimento agli obblighi informativi in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID – 2019”, in osservanza degli obblighi informativi stabiliti con le ordinanze del Presidente della Regione Siciliana n. 3 dell’8 marzo 2020 e n. 4 dell’8 marzo 2020,

**COMUNICA**

- di avere soggiornato (barrare la casella se interessata)

OPPURE

- di essere transitato (barrare la casella se interessata)

OPPURE

- di avere sostato (barrare la casella se interessata)

nel territorio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seguente località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DICHIARA DI ASSUMERE a proprio carico l’obbligo di osservare la permanenza domiciliare con isolamento fiduciario, mantenendo lo stato di isolamento per 14 giorni dall’arrivo con divieto di contatti sociali, di osservare il divieto di spostamento e di viaggi, di rimanere raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza.

Il/la sottoscritto/a dichiara il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali in conseguenza della presente comunicazione.

Santo Stefano Quisquina, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega: fotocopia del documento di identità