

Al Ministero della Salute

Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie
Direzione generale delle emergenze sanitarie
Direzione generale della prevenzione

coordinamento.usmafsasn@sanita.it; coordinamento.contactracing@sanita.it
dgprev@postacert.sanita.it; segr.dgprev@sanita.it
dgeme@postacert.sanita.it
dip.prevenzione@sanita.it
dpres.emergenze@sanita.it

Il sottoscritto (*Cognome e nome del Responsabile dell'Organizzazione/Progetto*)

in qualità di (*specificare ruolo all'interno dell'Organizzazione/Progetto*)

dichiara che:

L'operatore/operatrice (*Cognome e nome dell'operatore/operatrice che fa ingresso in Italia*)

Nato/a a _____, il ___/___/____,

Residente/domiciliato/a (*indicare indirizzo completo di residenza o domicilio abituale in Italia, per la
continuazione della sorveglianza sanitaria*) a _____

in via _____, tel _____,

che entrerà in Italia con il volo/i (*riportare numero di volo*) _____, del

___/___/____

con aeroporto di destinazione in Italia: _____

e data di arrivo ___/___/____,

o con altro mezzo (*specificare il mezzo e il numero/altra informazione identificativi, auto propria, rental
car...*)

del ___/___/____

con stazione ferroviaria/ terminal bus/indirizzo rental car di destinazione in Italia:

e data di arrivo ___/___/_____,

ha prestato il suo servizio come (specificare ruolo all'interno dell'Organizzazione/Progetto)

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___

presso i progetti gestiti da (specificare nome dell'Organizzazione) _____

in (specificare Paese affetto) _____

Località _____

Certifica inoltre che l'operatore/operatrice è asintomatico/a al momento della partenza (ovvero non presenta sintomi quali ad esempio febbre, vomito, dolori articolari, debolezza, sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue) e che durante la permanenza presso (specificare Paese affetto) _____:

non è stato/a esposto/a (per quanto noto) nei precedenti 21 giorni a casi possibili, probabili o confermati di malattia da virus Bundibugyo, compresi defunti, o ai loro liquidi biologici/tessuti nel periodo di contagiosità, né è stato/a esposto/a ad ambiente potenzialmente contaminato;

non è stato/a esposto/a ad animali morti o malati, né è stato/a esposto/a in altre situazioni a rischio, come la partecipazione a funerali;

è stato/a esposto/a nei precedenti 21 giorni, ad un caso possibile, probabile o confermato (anche deceduto) o ai suoi liquidi biologici/tessuti nel periodo successivo alla comparsa dei sintomi o ad altro ambiente contaminato, figurandosi un livello di rischio¹:

Basso (contatti casuali)

Intermedio (contatti stretti)

Elevato (contatto stretto ad alto rischio)

Si dichiara, altresì, che lo stesso è stato edotto ed 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 (riportare eventuali ulteriori annotazioni degne di nota) _____

¹ Il livello di rischio deve essere valutato sulla base delle indicazioni riportate nella circolare del Ministero della Salute n 26116 del 4 settembre 2019.

Luogo

Data

Cognome e nome del medico (se presente)

Firma leggibile

L'operatore/operatrice rientrante

Firma leggibile

Cognome e Nome del/della Rappresentante

Firma leggibile e timbro