

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N.445/2000  
AI FINI DELL'INGRESSO IN ITALIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di  
dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.), nonché delle sanzioni previste dell'articolo 4  
del decreto legge n.19 del 25 marzo 2020

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- **Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 vigenti in Italia e in particolare delle prescrizioni contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 maggio 2020 e dell'11 giugno 2020;**
- **Di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al Covid-19**
- **Di essere a conoscenza che tutte le persone fisiche in entrata in Italia, tramite trasporto aereo, ferroviario, marittimo e stradale, anche se asintomatiche, sono obbligate a comunicare immediatamente il proprio ingresso in Italia al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio e sono sottoposte alla sorveglianza sanitaria e all'isolamento fiduciario per un periodo di quattordici (14) giorni. In caso di insorgenza di sintomi Covid-19, sono obbligate a segnalare tale situazione tempestivamente all'Autorità sanitaria per il tramite dei numeri telefonici dedicati;**
- **Di essere in rientro in Italia dalla seguente località estera \_\_\_\_\_ con destinazione \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_;**
- **Che lo spostamento è determinato da:**
  - a. **Comprovate esigenze lavorative;**
  - b. **Assoluta urgenza**
  - c. **Motivi di salute**
  - d. **Rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza**

**A tal riguardo dichiara che**

---

---

---

---

- Che svolgerà il periodo di **14 giorni di sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario nell'abitazione/dimora situata al seguente indirizzo:**  
piazza/via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_  
presso: \_\_\_\_\_
  
- Che, una volta giunto/a in Italia, **raggiungerà direttamente e nel minore tempo possibile** l'indirizzo al punto precedentemente indicato tramite il seguente **mezzo o privato o proprio** \_\_\_\_\_
  
- Che i recapiti telefonici presso cui ricevere le comunicazioni durante l'intero periodo di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario sono i seguenti:  
fisso: \_\_\_\_\_, mobile: \_\_\_\_\_

---

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia di Frontiera