

DECLARACIÓN

D/D^a _____ nacido/a en _____

En fecha ____/____/____

Lugar de nacimiento: _____ -

Domicilio/Alojamiento en Cerdeña

Lugar de alojamiento: _____

Nombre del hotel u apartamento _____

Calle _____

Tel. _____

Consciente de las responsabilidades penales y de los efectos administrativos que se derivan de la falsificación de documentos y declaraciones falsas (conforme a lo dispuesto en los artículos 75 y 76 del Decreto Presidencial num. 445 del 28.12.2000), en los términos y efectos de los artículos 46 y 47 de el mismo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, declara que:

Está en posesión de certificación que acredite que en las 72 horas previas al ingreso en territorio nacional italiano se ha sometido a una prueba molecular o antigénica, realizada mediante hisopo y con resultado negativo,

No está en posesión de ninguna certificación y quiere someterse a una prueba molecular o antigénica, que se realizará mediante hisopo, dentro de las 48 horas siguientes al ingreso en territorio nacional italiano en el centro de salud pública de referencia;

Informará de inmediato su situación a la Autoridad Sanitaria en caso de aparición de síntomas de COVID-19, a través del número de teléfono dedicado y se someterá a aislamiento fiduciario.

Mientras esperen someterse a la prueba en el centro de salud se tendrá que permanecer en aislamiento fiduciario en su domicilio o lugar de alojamiento.

Lugar y fecha _____

F.to _____

Para cualquier comunicación al respecto, comuníquese con:

Para obtener información sobre la realización de pruebas moleculares o antigénicas de COVID-19 en Cerdeña, póngase en contacto con los siguientes teléfonos:

800 311 377 número verde del ATS Regionale
(de lunes a viernes, de 8.00 a 18.00);

Para información general llamar a la Protección Civil regional al número
800894530 (todos los días de 8 a 20)
o enviar un email a urp.emergenza@regione.sardegna