Al Comune di Alessandria della Rocca

protocollo.pec@comunealessandriadellarocca.it

protocollo@comune.alessandriadellarocca.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 sottoscritto/a dichiarante

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

 Medico pediatra di libera scelta del/della figlio/a del/della sottoscritto/a dichiarante

Oggetto: EMERGENZA CORONAVIRUS COVID – 19; comunicazione di rientro ad Alessandria della Rocca da zone a rischio epidemiologico.

 Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in riferimento agli obblighi informativi in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID – 2019”, in osservanza delle ordinanze del Presidente della Regione Siciliana n. 3 dell’8 marzo 2020, n. 4 dell’8 marzo 2020 e n. 5 del 13 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

OPPURE

- di essere familiare convivente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rientrato in Sicilia da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare la casella se interessata) e che rende la presente comunicazione, come previsto dalle sopra citate ordinanze, in quanto l’appartamento non gode di stanza isolata con bagno annesso ad esclusivo utilizzo.

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.

 DICHIARA che il proprio domicilio è il seguente: Alessandria della Rocca, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, e che l’appartamento

 gode

 non gode

di stanza isolata con bagno annesso ad esclusivo utilizzo del/della sottoscritto/a.

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

 Alessandria della Rocca, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

Allega: fotocopia del documento di identità