

Comunicazione di spostamento delle persone fisiche

L'Ordinanza del Presidente della Regione Campania n.20 del 22.03.2020, nel confermare per quanto non incompatibili le disposizioni impartite con precedenti ordinanze n. 8 e n. 9 dello stesso mese, con decorrenza **22 marzo e fino al 3 aprile 2020** obbliga tutti i soggetti provenienti dalle altre regioni d'Italia o dall'estero che faranno ingresso in Regione Campania, o che vi abbiano fatto ingresso negli ultimi 14 giorni per rientrare nel territorio regionale, a comunicare tale circostanza :

**- al Comune e al proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta oppure
- all'operatore di sanità pubblica del servizio di sanità pubblica territorialmente competente**

Tale comunicazione di ingresso va fatta utilizzando il modulo allegato, non ha valore autorizzatorio in quanto serve per tracciare spostamenti urgenti e necessari (per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza o per motivi di salute) e non esime la persona che fa ingresso in Campania dal comunicarlo al proprio medico o pediatra.

L'indirizzo e-mail a cui inoltrare il modulo per la comunicazione al Comune è : polizia.municipale@comune.ahfragola.na.it

Le comunicazioni di ingresso ricevute saranno inoltrate al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli per i conseguenti adempimenti sanitari.

Al Comune di Afragola

polizia.municipale@comune.afragola.na.it

OGGETTO: comunicazione di ingresso in Regione Campania

Rilevazione dei dati dei soggetti provenienti, dal 22 marzo al 3 aprile 2020, dalle altre regioni d'Italia o dall'estero, che faranno ingresso in Regione Campania, o vi abbiano fatto ingresso negli ultimi 14 giorni per rientrare nel territorio regionale.

(Ordinanza del Presidente della Regione Campania n. 20 del 22 marzo 2020, di conferma per quanto non incompatibili delle disposizioni impartite con precedenti ordinanze n. 8 e n. 9 dello stesso mese)

| | |
|--|-----------------|
| COGNOME E NOME DEL DICHIARANTE | DATA DI NASCITA |
| | |
| DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO | |
| | |
| RESIDENZA | |
| | |
| PROVENIENTE DA | DIRETTO A |
| | |
| MEZZO DI TRASPORTO UTILIZZATO | |
| | |
| MOTIVO DELL'INGRESSO: (comprovate esigenze lavorative, assoluta necessità, motivi di salute) | |
| | |
| LUOGO DI RESIDENZA, DOMICILIO O ABITAZIONE PRESSO IL QUALE RESTERA' IN ISOLAMENTO DOMICILIARE PER 14 gg. DALL'ARRIVO E RECAPITO TELEFONICO | |
| | |
| MEDICO DI MEDICINA GENERALE DA CUI E' ASSISTITO E ASL DI APPARTENENZA | |
| | |

Luogo e data di compilazione della scheda

IL DICHIARANTE
