

# AUTODICHIARAZIONE GIUSTIFICATIVA PER L'INGRESSO IN ITALIA DALL'ESTERO

(da consegnare al vettore in caso di utilizzo di mezzo pubblico di trasporto)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_),  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_),  
via/piazza \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali e  
amministrative previste in caso di dichiarazioni mendaci

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle **misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia** (in particolare, delle prescrizioni contenute nei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2020, 7 settembre e 13 ottobre 2020), **riportate in forma sintetica nell'allegato** a questa dichiarazione, da firmare per presa visione;
- di non essere risultato positivo al coronavirus oppure, ove risultato positivo ad un test RT PCR effettuato all'estero, di aver seguito scrupolosamente i protocolli sanitari previsti dalle autorità del Paese in cui è stato effettuato il test, di aver osservato 14 giorni di isolamento dall'ultima data nella quale si presentavano sintomi e di non essere più sottoposto a misure di quarantena da parte delle autorità locali;
- di entrare in Italia dalla seguente località estera: \_\_\_\_\_,  
tramite il seguente mezzo di trasporto (in caso di mezzo privato indicare tipo di veicolo e targa; in caso di mezzo pubblico estremi del volo / corsa ferroviaria o stradale / tratta marittima): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di avere effettuato negli ultimi 14 giorni soggiorni / transiti nei seguenti Paesi e territori: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di fare ingresso in Italia per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- che, ove necessario alla luce della normativa e della propria situazione personale, si sottoporrà a **tampone** presso la seguente Azienda Sanitaria locale \_\_\_\_\_ e/o svolgerà il periodo di 14 giorni di sorveglianza sanitaria e **isolamento fiduciario** al seguente indirizzo:  
piazza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- che i recapiti telefonici presso cui ricevere le comunicazioni durante l'intero periodo di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario sono i seguenti:  
fisso \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

Luogo:

Data:

Ora:

Firma del dichiarante:

Per il Vettore:

# SELF-DECLARATION FORM JUSTIFYING TRAVEL IN ITALY FROM ABROAD

(to be delivered to the public transport carrier)

The undersigned declarant (*full name*) \_\_\_\_\_, born on (*date of birth*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
in (*place of birth*) \_\_\_\_\_ (Province \_\_\_), nationality \_\_\_\_\_,  
resident in \_\_\_\_\_ (Province \_\_\_), address \_\_\_\_\_,  
being aware of the criminal and administrative penalties incurred in the case of misrepresentation, hereby

## DECLARES, UNDER HIS/HER RESPONSIBILITY, THAT

- he/she is aware of the **measures for containing the spread of COVID-19 in force in Italy** (and, in particular, of the requirements laid down in the decrees of the President of the Council of Ministers of 7 August 2020, 7 September 2020 and 13 October 2020), **as summarised in the attachment hereto**, which shall be signed in token of acceptance;
- he/she has not tested positive to COVID-19 or, if he/she tested positive to an rT PCR test carried out abroad, that he/she has scrupulously followed the health protocols laid down by the authorities of the Country where the test was carried out and has observed 14 days of isolation since the date in the symptoms were detected, and he/she is longer subject to quarantine measures imposed by the local authorities;

- he/she has entered Italy from the following foreign location \_\_\_\_\_, by the following means of transport (if a private vehicle indicate the type and registration plate; if a public mean of transport specify flight number/rail or bus service number/boat or ferry route):  
\_\_\_\_\_;

over the last 14-day period, he/she has transited/stayed in the following Countries and territories:  
\_\_\_\_\_;

- he/she is entering Italy for the following reasons: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- where, necessary, in light of the applicable regulations and of his/her personal circumstances, he/she shall take a **Covid swab test** at the Local Health Authority of \_\_\_\_\_ and/or shall **self-isolate** under the supervision of the competent health authorities at the following address:

Square (piazza) /street (via) \_\_\_\_\_ no. \_\_\_\_\_ flat no. \_\_\_\_\_  
Municipality \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) postcode \_\_\_\_\_  
Care of \_\_\_\_\_

- he/she may be contacted at the following telephone numbers during the whole period of self-isolation under the supervision of the competent health authorities:

landline: \_\_\_\_\_ mobile: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Declarant's signature

Carrier's signature