



Signore/a

La informo che per rientrare nel territorio della Regione Campania è fatto obbligo di comunicare tale circostanza al:

1. Medico di Medicina Generale e/o Pediatra di Libera Scelta;
2. Comando Polizia Municipale del Comune di destinazione, fornendo i suoi dati anagrafici, l'indirizzo del domicilio, numero di telefono;
3. Unità operativa di Prevenzione collettiva competente il cui numero è 0823350959 attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 15,30

La informo che deve osservare le seguenti disposizioni

1. Deve rimanere presso il suo attuale domicilio, mantenendo lo stato di isolamento per 14 giorni dall'arrivo, con divieto di contatti sociali;
2. Le sono vietati spostamenti e viaggi;
3. Poiché deve essere raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza deve fornire un numero di telefono per rintracciarla;

In caso di comparsa dei seguenti sintomi:

1. Febbre  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ;
2. Tosse;
3. Difficoltà respiratorie;

Avvertire

Medico di Medicina Generale e/o Pediatra di Libera Scelta

Oppure

L'unità operativa di Prevenzione collettiva per ogni conseguente determinazione

COMPILARE IL MODELLO ALLEGATO ED INVIARLO ALLA MAIL IN CALCE



Il sottoscritto

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ dichiara che il giorno  
\_\_\_\_\_ è rientrato in Regione Campania, proveniente da  
\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data

**Inviare il modello compilato a: [iotornoacasa@aslcaserta.it](mailto:iotornoacasa@aslcaserta.it)**