

**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:

## UZASADNIENIE OŚWIADCZENIA WJAZDU DO WŁOCH Z ZAGRANICY

(do dostarczenia przewoźnikowi transportu publicznego)

Niżej podpisany zgłaszający (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_, urodzony dnia (data urodzenia) \_ / \_ / \_  
w (miejsce urodzenia) \_\_\_\_\_ (Prowincja \_\_\_\_\_), narodowość \_\_\_\_\_, zamieszkały w  
(Prowincja \_\_\_\_\_), adres \_\_\_\_\_, zdając sobie sprawę z sankcji karnych i administracyjnych  
poniesionych w przypadku wprowadzenia w błąd, niniejszym

### DEKLARUJE, NA WŁASNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ, ŻE

• wie o środkach ograniczających rozprzestrzenianie się COVID-19, które obowiązują we Włoszech (w szczególności wymagania określone w rozporządzeniach Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 Sierpnia 2020 r., 7 września 2020 r. I 13 października 2020 r.), streszczono w załączniku do niniejszej Umowy, który należy podpisać na dowód akceptacji;

• nie uzyskał pozytywnego wyniku testu na COVID-19 lub, jeśli uzyskał pozytywny wynik testu rT PCR przeprowadzonego za granicą, skrupulatnie będzie przestrzegał protokołów zdrowotnych określonych przez władze kraju, w którym przeprowadzono badanie i od dnia pojawienia się objawów przestrzega 14 dniowej izolacji i podlega już kwarantannie nałożonej przez władze lokalne;

• wjechał do Włoch z następującej lokalizacji zagranicznej \_\_\_\_\_ korzystając z następujących środków transportu (w przypadku pojazdu prywatnego podać typ i tablicę rejestracyjną; jeśli środek transportu publicznego transport podać numer lotu / numer linii kolejowej lub autobusowej / łódź lub trasę promu):

\_\_\_\_\_ w ciągu ostatnich 14 dni przebywał tranzytem / przebywał w następujących krajach i terytoriach:

\_\_\_\_\_

• wjeżdża do Włoch z następujących powodów: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• w razie potrzeby, w świetle obowiązujących przepisów i jego/jej sytuacji osobistej, powinien podjąć próbę wymazu Covid w lokalnym urzędzie zdrowia \_\_\_\_\_ i/lub przeprowadzi 14-dniowy okres kontroli stanu zdrowia i izolacji pod poniższym adresem:

Plac (plac) / ulica (via) \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ mieszkanie nr. \_\_\_\_\_

Gmina \_\_\_\_\_ (Prz. \_\_\_\_\_) kod pocztowy \_\_\_\_\_

Opieka \_\_\_\_\_

• można się z nim kontaktować pod następującymi numerami telefonów przez cały okres samoizolacji poniżej nadzór właściwych organów zdrowotnych:

stacjonarny: \_\_\_\_\_ komórkowy: \_\_\_\_\_

Miejsce: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Czas: \_\_\_\_\_

Podpis zgłaszającego

Podpis przewoźnika

Ważne informacje:

1. Zaświadczenia wypełnia i podpisuje pracownik
2. Zaświadczenie podpisuje w oznaczonym polu pracodawca
3. W przypadku kierowców nie ma potrzeby wypełniania pól o miejscu wykonania ewentualnego wymazu oraz miejsca izolacji.

<https://www.esteri.it/mae/en/ministero/normativaonline/decreto-iorestoacasa-domande-frequenti/focus-cittadini-italiani-in-rientro-dall-estero-e-cittadini-stranieri-in-italia.html>

*Zasady obowiązkowej samoizolacji, nadzoru lekarskiego i badania wymazów nie dotyczą:  
- członków załogi podróży;*

4. Uzupełniony druk powinien znajdować się w pojeździe.