

**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 riportate in forma sintetica nell'allegato** a questa dichiarazione;
- 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, nei casi prescritti dalla normativa e dalla propria situazione personale (spuntare una o più opzioni):
  - si è sottoposto a **tampone**, risultato negativo, nelle 168, 72 o 48 ore precedenti all'ingresso in Italia;
  - si sottoporrà a **tampone** all'arrivo in aeroporto o comunque entro 48 ore dall'ingresso in Italia;
  - svolgerà il periodo di 14 giorni di sorveglianza sanitaria e **isolamento fiduciario** al seguente indirizzo:  
piazza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_
  - si sottoporrà a **tampone** al termine del periodo di 14 giorni di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario;
- 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: