



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

## Passenger Locator Form – Elenco C

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

Compilare in stampatello e in maniera leggibile

Informazioni personali			
Cognome		Nome	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza	Paese		
	Città		
	Via (nome, numero, CAP)		
Numero di telefono		Indirizzo email	

Informazioni sul viaggio			
Tipologia di mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> Aereo <input type="checkbox"/> Imbarcazione/traghetto <input type="checkbox"/> Autobus/treno/Auto			
Nome della compagnia aerea/marittima/autobus/treno		Numero del volo/nave	
Numero di posto			
Data/ora di imbarco		Data/ora di arrivo	
<b>Partenza</b>	Paese di partenza		
	Aeroporto/porto di imbarco		
<b>Destinazione</b>	Paese di destinazione		
	Aeroporto/porto di arrivo		

Indirizzo di permanenza in Italia			
Via (nome, numero, CAP)		Nome dell'Hotel / Nome della Nave	
Città		Provincia	
<input type="checkbox"/> In Italia soggiornerò presso lo stesso indirizzo indicato come indirizzo di residenza			

## Dichiarazione per l'ingresso in Italia ai sensi dell'art.50 del DPCM del 02/03/2021

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ed informazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000,

sotto la mia responsabilità, in qualità di genitore/tutore/adulto accompagnatore del/I <b>minore/I</b> indicato/I qui di seguito				
1	Cognome		Nome	
	Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
	Relazione			
2	Cognome		Nome	
	Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
	Relazione			

### Dichiaro:

- [di essere a conoscenza delle misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia e, in particolare, delle prescrizioni contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 2 marzo 2021](#)
- Che negli ultimi 14 giorni ho effettuato soggiorni / transiti nei seguenti Paesi e territori: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Per cui adempirò alle seguenti disposizioni previste per i Paesi in Elenco C:

- Presenterò **Certificazione verde COVID-19** valida o altra **certificazione equipollente** attestante una delle seguenti condizioni:

- o aver completato il ciclo vaccinale prescritto anti-SARS-CoV-2 con vaccini EMA o riconosciute equivalenti ai sensi della [circolare del Ministero della Salute del 23/09/2021](#) (la validità del certificato di vaccinazione è pari a 270 giorni dalla data dell'ultima dose), **oppure**
- o essere guarito da COVID-19 (la validità del certificato di guarigione è pari a 180 giorni dalla data del primo tampone positivo), **oppure**
- o essersi sottoposti ad un tampone molecolare od antigenico effettuato prima dell'ingresso in Italia e il cui risultato sia negativo

sono in una delle condizioni di deroga prevista dalla normativa vigente (specificare quale) \_\_\_\_\_

In caso di mancata presentazione di Certificazione Verde COVID-19 valide, di cui sopra, mi sottoporro a 5 giorni di autoisolamento a questo indirizzo \_\_\_\_\_ e farò un tampone molecolare/rapido al termine dell'autoisolamento.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_