



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Passenger Locator Form

(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	
Partenza	Paese di partenza		
	Aeroporto/porto di imbarco		
Destinazione	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			

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 minore/I 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			

Per cui adempirò alle seguenti disposizioni previste:

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

- **completamento del ciclo vaccinale primario o effettuazione della dose booster** con vaccini autorizzati dall'*European Medical Agency* o riconosciuti equivalenti ai sensi della [circolare del Ministero della Salute del 23/09/2021](#);
- **avvenuta guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2** (la validità del certificato di guarigione è pari a 180 giorni dalla data del primo tampone positivo);
- **avvenuta guarigione dopo la somministrazione** della prima dose di vaccino o al termine del ciclo vaccinale primario o a seguito della somministrazione della relativa dose di richiamo;
- **effettuazione di test antigenico rapido o molecolare per mezzo di tampone nasale/rinofaringeo/orofaringeo** effettuato rispettivamente nelle 48 o 72 ore antecedenti l'ingresso in Italia e il cui esito sia negativo. I minori al di sotto dei 6 anni sono esentati dall'effettuare il tampone pre-partenza.

Non presenterò nessuna delle certificazioni di cui sopra e, pertanto, mi sottoporro a 5 giorni di quarantena _____ a _____ questo _____ indirizzo _____ e farò un tampone molecolare/rapido al termine della quarantena.

sono in una delle condizioni di deroga prevista dell'Ordinanza del Ministro della Salute 22 febbraio 2022 _____ (specificare quale) _____

Luogo e data

Firma
