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	☐ M ☐ 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 ☐ Aereo ☐ Imbarcazione/traghetto ☐ 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	
☐ 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 minore/I** indicato/I qui di seguito				
1	Cognome		Nome	
	Sesso	☐ M ☐ F	Data di nascita	
	Relazione			
2	Cognome		Nome	
	Sesso	☐ M ☐ 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:

- 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, **oppure**
- essere guarito da COVID-19 (la validità del certificato di guarigione è pari a 180 giorni dalla data del primo tampone positivo),

- Presenterò un certificato valido di essermi sottoposto ad un **tampone** molecolare effettuato nelle **48 ore** prima dell'ingresso in Italia con risultato sia negativo, o ad un tampone antigenico nelle **24 ore** prima dell'ingresso in Italia e il cui risultato sia negativo. I minori al di sotto dei 6 anni sono esentati dall'effettuare il tampone pre-partenza.

☐ Presenterò un certificato valido di un tampone molecolare/rapido con un risultato negativo per l'infezione da SARS-CoV-2 O un certificato di vaccinazione/guarigione E mi sottoporrò a 5 giorni di autoisolamento a questo indirizzo _____e farò un tampone molecolare/rapido al termine dell'autoisolamento.

☐ sono in una delle condizioni di deroga prevista dalla normativa vigente (specificare quale)_____

Luogo e data Firma

_____ _____