



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**ALLEGATO "A"**  
all'Ordinanza n. 4 del 08.03.2020

**Misure straordinarie urgenti per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019 nel territorio regionale della Sardegna.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Documento di identità: tipo  carta di identità,  patente,  passaporto n° \_\_\_\_\_

avendo fatto ingresso in Sardegna con  volo  nave proveniente da \_\_\_\_\_

ed avendo residenza/domicilio/dimora o essendo transitato nei territori della Regione Lombardia o dalle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ex artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

- di osservare l'isolamento fiduciario; mantenendo lo stato di isolamento per 14 giorni, presso il seguente domicilio in Sardegna:

COMUNE di \_\_\_\_\_

Via/Piazza/loc. \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- di aver comunicato/comunicare tempestivamente tale circostanza al proprio medico di medicina generale ovvero al pediatra di libera scelta o all'operatore di sanità pubblica del servizio di sanità pubblica territorialmente competente,
- di osservare il divieto di spostamenti e viaggi;
- di rimanere raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza presso il domicilio eletto ed ai seguenti recapiti telefonici personali \_\_\_\_\_;
- in caso di comparsa di sintomi, di avvertire immediatamente il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o l'operatore di sanità pubblica territorialmente competente per ogni conseguente determinazione.

In fede.

DATA \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_