

Al Ministero della Salute  
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

[dgprev@postacert.sanita.it](mailto:dgprev@postacert.sanita.it); [segr.dgprev@sanita.it](mailto:segr.dgprev@sanita.it); [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it);  
[coordinamento.usmafsasn@sanita.it](mailto:coordinamento.usmafsasn@sanita.it); [f.maraglino@sanita.it](mailto:f.maraglino@sanita.it)

Io sottoscritto (Cognome e nome ) \_\_\_\_\_ nella mia qualità di (specificare ruolo) \_\_\_\_\_ dichiaro che (Cognome e nome) \_\_\_\_\_ (professione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Residente\* in \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_, che tornerà in Italia con il volo/i \_\_\_\_\_, del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, destinazione Aeroporto di \_\_\_\_\_ dove arriverà il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, ha prestato la sua opera come \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso i progetti gestiti da \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (specificare Paese affetto) \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Certifico inoltre che, non avendo avuto contatti non protetti con casi noti o sospetti di malattia da virus Marburg (vivi o morti) o con animali morti o malati o altre possibili esposizioni a rischio quali partecipazione a funerali, durante la permanenza in (specificare Paese affetto) \_\_\_\_\_ nei precedenti 21 giorni e da considerarsi a rischio \_\_\_\_\_ sulla base della circolare del Ministero della Salute del 4 settembre 2019 (figura 2).

Si dichiara, altresì, che al momento della partenza il suddetto operatore non presenta alcun sintomo di malattia (febbre, vomito, dolori articolari, debolezza, sangue dal naso o dalla bocca, nel vomito o nelle feci, urine scure o con sangue) e che lo stesso è consapevole che, ove durante il viaggio dovesse emergere qualsiasi sintomo di malattia, dovrà immediatamente e prima dell'arrivo segnalarlo al personale di volo.

Dichiaro inoltre quanto segue \_\_\_\_\_

Luogo

Data

Cognome e nome del medico (se presente)

*Firma leggibile*

L'operatore rientrante

*Firma leggibile*

Cognome e Nome del Rappresentante

*Firma leggibile e timbro*

\* indicare indirizzo completo di residenza o domicilio abituale in Italia, per la continuazione della sorveglianza sanitaria