

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΙΤΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

(θα πρέπει να παραδίδεται στον Μεταφορέα σε περίπτωση χρήσης μεσου μαζικής μεταφοράς)

Ο/Η κατωθι

Υπογεγραμμενος/η _____ γεννηθεις την _____ στην _____ (Πολη) και
υπηκοος _____ με μονιμη κατοικια _____ (Πολη) στην Οδο/πλατεια
κ.λπ _____

γνωρίζοντας τις ποινικές και αστικές κυρώσεις στην περίπτωση δηλώσης μη αληθινών στοιχείων

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΜΟΥ ΕΥΘΗΝΗ ,

- Οτι γνωρίζω **τα μέτρα περιορισμού του COVID-19 που ισχύουν στην Ιταλία** (ιδίως, τις διατάξεις που περιέχονται στα διατάγματα του Προέδρου του Συμβουλίου Υπουργών της 7ης Αυγούστου 2020, 7 Σεπτεμβρίου, 13 Οκτώβριου 2020 και 4 Δεκεμβρίου), **που σε συνοπτική μορφή βρίσκεται στο συνημμένο της παρουσας** δήλωσης , που θα υπογραφεί ως γνωστο.
- Οτι δεν έχω θετικά τεστ για κοροναϊό ή, εάν έχω θετικά τεστ σε περίπτωση RT PCR στο εξωτερικό, οτι έχει ακολουθήσει σχολαστικά τα πρωτόκολλα υγείας που παρείχαν οι αρχές της χώρας όπου είχαν πραγματοποιήσει το τεστ, έχοντας παρατηρήσει 14 ημέρες απομόνωσης από την τελευταία ημερομηνία κατά την οποία εμφανίστηκαν τα συμπτώματα και να μην υπόκεινται πλέον σε μέτρα καραντίνας από τις τοπικές αρχές .
- Οτι εισέρχεται στην Ιταλία από την παρακατω χωρα : _____ με τα ακόλουθα μεταφορικά μέσα (στην περίπτωση ιδιωτικού οχήματος, αναφέρατε τον τύπο του οχήματος και την πινακίδα κυκλοφορίας · στην περίπτωση μεσου μαζικής μεταφοράς της πτήσης / τρένου ή οδικού ταξιδιού / θαλάσσιας διαδρομής):

- Οτι τις τελευταίες 14 ημέρες διεμεινε η διασχεισε στα παρακατω κρατη η χωρες :

- Οτι εισέρχεται στην Ιταλία για τον ακόλουθο λόγο: _____
- Οτι, εαν είναι απαραίτητο υπό το φως της παρουσας νομοθεσίας και της προσωπικής τους κατάστασης, θα **υποβληθεί σε τεστ** απο την τοπική Αρχή Υγείας _____ ή / και θα πραγματοποιήσει την περίοδο 14 ημερών της επιτήρηση της υγείας **και εμπιστευτικής απομόνωσης** στην ακόλουθη διεύθυνση: πλατεία / δρόμος _____ όχι . _____ εσωτερικό _____ Δήμος _____ (Prov . _____) Ταχυδρομικός κώδικας _____ Πλησιον _____

Οτι οι αριθμοί τηλεφώνου για λήψη επικοινωνιών καθ 'όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης της υγείας Και εμπιστευτικής απομόνωσης έχουν ως εξής:
σταθερό _____ κινητό _____

Τόπος:

Ημερομηνία:

Ώρα:

Υπογραφή του Δηλουντα :

Για τον μεταφορέα: