



# Città di Milazzo

## MODULO COMUNICAZIONE AUTOISOLAMENTO

**(Da compilarsi esclusivamente da chi proviene da Regione Lombardia o dalle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Venezia, Padova, Treviso, Asti, Alessandria, Novara, Verbano-Cusio-Ossola e Vercelli)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ e residente in Milazzo, via \_\_\_\_\_

tel. cellulare \_\_\_\_\_

### **COMUNICA**

- di essere rientrato in data \_\_\_\_\_ dal comune di \_\_\_\_\_  
provincia di \_\_\_\_\_

- di essersi collocato in autoisolamento nel Comune di \_\_\_\_\_  
al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

- che al detto indirizzo sono altresì dimoranti le seguenti persone (cognome, nome e data di nascita):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

- di essere consapevole che l'obbligo di autoisolamento si estende per un periodo pari a 14 giorni dalla data di arrivo;

- di essere a conoscenza dell'obbligo di effettuare analoga dichiarazione al dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria, nonché al proprio medico di medicina generale;

firma

\_\_\_\_\_