

*Ministero della Salute***MALATTIA DA Malattia da Virus Bundibugyo – Bundibugyo virus disease (BVD)**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Declaration in lieu of an affidavit made pursuant to Article 47 of Presidential Decree No. 445 of 28 December 2000

I soggetti provenienti da aree interessate da trasmissione attiva di MVE sono tenuti a comunicare il proprio ingresso nel territorio nazionale al Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente entro 24 ore dall'arrivo.

Individuals coming from areas affected by active transmission of MVE are required to notify the competent local Department of Prevention of their entry into the national territory within 24 hours of arrival.

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara quanto segue:

The undersigned _____, aware of the criminal penalties provided for by Article 76 of Presidential Decree no. 445/2000 in the event of false statements, pursuant to and for the purposes of Article 47 of Presidential Decree no. 445/2000, hereby declares as follows:

Cognome / Surname: _____

Nome / Name: _____

Genere / Gender: _____

Data di nascita / Date of birth: ____ / ____ / _____

Contatti del viaggiatore / Traveller's contacts:

(hotel, gruppo/group, telefono/mobile, indirizzo/address, e-mail)

ORIGINE GEOGRAFICA/GEOGRAPHICAL ORIGIN	
Paese di residenza/Country of residence	
Proveniente da (Specificare tutto l'itinerario di viaggio) /Traveling from (Please specify the full travel itinerary)	
Data di arrivo in Italia/ Date of arrival in Italy	___/___/___
Mezzi di trasporto utilizzati fino al domicilio in Italia / Means of transport used to reach the place of residence in Italy	

Indirizzo nei 21 giorni successivi all'arrivo/full address for the 21 days following the arrival	
---	--

Data di compilazione / Date of completion: ____ / ____ / ____

Si allega fotocopia documento di identità/ A copy of a valid identity document is attached.

Si acconsente al trattamento dei dati personali di cui alla presente/ use of personal data and rights of the declarant

FIRMA/SIGNATURE

USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE/USE OF PERSONAL DATA AND RIGHTS OF THE DECLARANT

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy" pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Informativa Privacy ai sensi del Regolamento UE 679/2016"

All details regarding the use of personal data and the rights of the declarant are provided in the "Privacy Notice" published on the institutional website under the section "Privacy Notice pursuant to EU Regulation 679/2016."

CASO A – Dichiarazione raccolta dalle Autorità Sanitarie di Frontiera / CASE A – Declaration collected by Border Health Authorities

1. Titolare del trattamento / Data Controller

Ministero della Salute – Ufficio di sanità marittima e aerea di frontiera (USMAF)-Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e dell'Emergenza Sanitaria, Viale Giorgio Ribotta 5, 00144 Roma. Contatti DPO: rpd@sanita.it / Ministry of Health – Offices of Maritime, Air and Border Health (USMAF) -Department for Prevention, Research and Health Emergency, Viale Giorgio Ribotta 5, 00144 Rome. DPO contact: rpd@sanita.it

Vedi informativa sul trattamento dei dati personali allegato A1.

CASO B – Dichiarazione raccolta dal Dipartimento di Prevenzione -Regione competente / CASE B – Declaration collected by the competent Prevention Department -Region

1. Titolare del trattamento / Data Controller

La Regione o l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente che riceve la presente dichiarazione. I riferimenti del Titolare e del relativo DPO sono indicati nell'informativa specifica pubblicata sul sito istituzionale dell'ente competente. / The competent Region or Local Health Authority (ASL) receiving this declaration. The Data Controller's details and the relevant DPO contacts are provided in the specific privacy notice published on the institutional website of the competent authority.

L'informativa per il trattamento dei dati personali sarà fornita dalle regioni/dipartimenti prevenzione.

ALL. A1
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 Reg. UE 679/2016 – GDPR) Le seguenti informazioni si applicano in funzione dell'autorità che raccoglie la presente dichiarazione.

INFORMATION NOTICE ON THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (Art. 13 EU Reg. 679/2016 – GDPR)

The following information applies depending on the authority collecting this declaration.

CASE B – Declaration collected by the competent Prevention Department / Region

The data controller is the competent Region or Local Health Authority (ASL) receiving this declaration. The Data Controller's details and the relevant DPO contacts are indicated in the specific privacy notice published on the institutional website of the competent authority.