



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## ALLEGATO 1 MALATTIA DA VIRUS BUNDIBUGYO (BDBV)

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 EVD 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 - The undersigned** \_\_\_\_\_

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:

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:

<b>DATI ANAGRAFICI / PERSONAL DETAILS</b>	
Cognome / Surname _____	
Nome / Name _____	
Genere / Gender <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Data di nascita / Date of birth ____ / ____ / _____
<b>CONTATTI DEL VIAGGIATORE / TRAVELLER'S CONTACT DETAILS</b>	
hotel, gruppo / group _____	
telefono / mobile phone _____	e-mail _____
indirizzo / address _____	
<b>ORIGINE GEOGRAFICA / geographical origin</b>	
Paese di residenza Country of residence _____	
Proveniente da (specificare tutto l'itinerario di viaggio) Travelling from (please specify the full travel itinerary) _____	
<b>DATA DI ARRIVO IN ITALIA / DATE OF ARRIVAL IN ITALY</b> ____ / ____ / _____	
mezzi di trasporto utilizzati fino al domicilio in italia <b>MEANS OF TRANSPORT USED TO REACH THE PLACE OF RESIDENCE IN ITALY</b>	
indirizzo nei 21 giorni successivi all'arrivo <b>FULL ADDRESS FOR THE 21 DAYS FOLLOWING ARRIVAL</b>	
<b>DATA DI COMPILAZIONE / DATE OF COMPLETION</b> ____ / ____ / _____	
<input type="checkbox"/>	Si allega fotocopia di un documento di identità valido A copy of a valid identity document is attached
<input type="checkbox"/>	Si acconsente al trattamento dei dati personali di cui alla presente dichiarazione Consent is given to the processing of personal data contained in this declaration
<b>FIRMA / SIGNATURE</b>	

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 nell'informativa privacy pubblicata sul sito istituzionale dell'ente competente.

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 of the competent authority.