



Ministero della Salute

MALATTIA DA Malattia da Virus Bundibugyo – Maladie à Virus Bundibugyo (BVD)

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

Déclaration tenant lieu d'acte notarié établie conformément à l'article 47 du Décret du Président de la République n° 445 du 28 décembre 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.

Les personnes en provenance de zones affectées par une transmission active de MVE sont tenues de notifier leur entrée sur le territoire national au Département de Prévention territorialement compétent dans les 24 heures suivant leur arrivée.

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:

Le/La soussigné(e) _____, conscient(e) des sanctions pénales prévues par l'art. 76 du D.P.R. 445/2000 en cas de fausses déclarations, conformément à l'art. 47 du D.P.R. 445/2000, déclare ce qui suit :

Cognome / Nom de famille : _____

Nome / Prénom : _____

Genere / Genre : _____ Data

di nascita / Date de naissance : ____ / ____ / _____

Contatti del viaggiatore / Contacts du voyageur :

(hotel, gruppo/gruppe, telefono/téléphone, indirizzo/adresse, e-mail)

ORIGINE GEOGRAFICA / ORIGINE GÉOGRAPHIQUE	
Paese di residenza / Pays de résidence	
Proveniente da (Specificare tutto l'itinerario di viaggio) / En provenance de (Veuillez préciser l'itinéraire complet)	
Data di arrivo in Italia / Date d'arrivée en Italie	____ / ____ / ____

Mezzi di trasporto utilizzati fino al domicilio in Italia / Moyens de transport utilisés pour rejoindre le domicile en Italie	
Indirizzo nei 21 giorni successivi all'arrivo / Adresse pour les 21 jours suivant l'arrivée	

Data di compilazione / Date de remplissage : ____ / ____ / ____

Si allega fotocopia documento di identità / Une copie d'une pièce d'identité valide est jointe.

Si acconsente al trattamento dei dati personali di cui alla presente / Consentement au traitement des données personnelles de la présente

FIRMA/SIGNATURE

USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE / UTILISATION DES DONNÉES PERSONNELLES ET DROITS DU DÉCLARANT

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"

Toutes les informations relatives à l'utilisation des données personnelles et aux droits du déclarant figurent dans la note "Informativa privacy" publiée sur le site institutionnel dans la section "Avis de confidentialité conformément au Règlement UE 679/2016".

CASO A – Dichiarazione raccolta dalle Autorità Sanitarie di Frontiera / CAS A – Déclaration collectée par les Autorités Sanitaires aux Frontières

1. Titolare del trattamento / Responsable du traitement

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 / Ministère de la Santé – Bureau de santé maritime, aérienne et frontalière (USMAF) – Département de la Prévention, de la Recherche et de l'Urgence Sanitaire, Viale Giorgio Ribotta 5, 00144 Rome. Contact DPO : rpd@sanita.it

Vedi informativa sul trattamento dei dati personali allegato A1. / Voir l'avis sur le traitement des données personnelles – annexe A1.

CASO B – Dichiarazione raccolta dal Dipartimento di Prevenzione - Regione competente / CAS B – Déclaration collectée par le Département de Prévention - Région compétente

1. Titolare del trattamento / Responsable du traitement

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. / La Région ou l'Autorité Sanitaire Locale (ASL) compétente qui reçoit la présente déclaration. Les coordonnées du responsable du traitement et du DPO figurent dans l'avis de confidentialité spécifique publié sur le site institutionnel de l'autorité compétente.

L'informativa per il trattamento dei dati personali sarà fornita dalle regioni/dipartimenti prevenzione. / L'avis relatif au traitement des données personnelles sera fourni par les régions/départements de prévention.

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.

CASO B – Dichiarazione raccolta dal Dipartimento di Prevenzione / Regione competente

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.

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES (art. 13 Règl. UE 679/2016 – RGPD) Les informations suivantes s'appliquent en fonction de l'autorité qui recueille la présente déclaration.

CAS B – Déclaration collectée par le Département de Prévention / la Région compétente

La Région ou l'Autorité Sanitaire Locale (ASL) compétente qui reçoit la présente déclaration. Les coordonnées du responsable du traitement et du DPO figurent dans l'avis de confidentialité spécifique publié sur le site institutionnel de l'autorité compétente.