



Ministero della Salute

MALATTIA DA Malattia da Virus Bundibugyo – Enfermedad por Virus Bundibugyo (BVD)

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

Declaración sustitutiva de acto notorio realizada de conformidad con el artículo 47 del Decreto del Presidente de la República n.º 445 de 28 de diciembre de 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.

Las personas procedentes de zonas afectadas por transmisión activa de MVE están obligadas a comunicar su entrada en el territorio nacional al Departamento de Prevención territorialmente competente en un plazo de 24 horas desde su llegada.

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:

El/La abajo firmante _____, consciente de las responsabilidades penales previstas en el art. 76 del D.P.R. 445/2000 en caso de declaraciones falsas, de conformidad con el art. 47 del D.P.R. 445/2000, declara lo siguiente:

Cognome / Apellido : _____

Nome / Nombre : _____

Genere / Género : _____ Data

di nascita / Fecha de nacimiento : ____ / ____ / _____

Contatti del viaggiatore / Datos de contacto del viajero :

(hotel, gruppo/grupo, telefono/teléfono, indirizzo/dirección, e-mail)

ORIGINE GEOGRAFICA / ORIGEN GEOGRÁFICO	
Paese di residenza / País de residencia	
Proveniente da (Specificare tutto l'itinerario di viaggio) / En provenance de (Veuillez préciser l'itinéraire complet)	
Data di arrivo in Italia / Fecha de llegada a Italia	____ / ____ / ____
Mezzi di trasporto utilizzati fino al domicilio in Italia / Medios de transporte utilizados para llegar al domicilio en Italia	

Indirizzo nei 21 giorni successivi all'arrivo / Dirección durante los 21 días siguientes a la llegada	
---	--

Data di compilazione / Fecha de cumplimentación : ____ / ____ / ____

Si allega fotocopia documento di identità / Se adjunta copia de un documento de identidad válido.

Si acconsente al trattamento dei dati personali di cui alla presente / Consentimiento al tratamiento de los datos personales de la presente

FIRMA/FIRMA

USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE / USO DE LOS DATOS PERSONALES Y DERECHOS DEL DECLARANTE

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"

Todos los detalles relativos al uso de los datos personales y a los derechos del declarante figuran en la nota «Aviso de privacidad» publicada en el sitio institucional en la sección «Aviso de privacidad de conformidad con el Reglamento UE 679/2016».

CASO A – Dichiarazione raccolta dalle Autorità Sanitarie di Frontiera / CASO A – Declaración recogida por las Autoridades Sanitarias de Frontera

1. Titolare del trattamento / Responsable del tratamiento

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 / Ministerio de Salud – Oficina de Sanidad Marítima, Aérea y Fronteriza (USMAF) – Departamento de Prevención, Investigación y Emergencia Sanitaria, Viale Giorgio Ribotta 5, 00144 Roma. Contacto DPO: rpd@sanita.it

Vedi informativa sul trattamento dei dati personali allegato A1. / Véase el aviso sobre el tratamiento de datos personales – anexo A1.

CASO B – Dichiarazione raccolta dal Dipartimento di Prevenzione - Regione competente / CASO B – Declaración recogida por el Departamento de Prevención - Región competente

1. Titolare del trattamento / Responsable del tratamiento

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 Región o la Autoridad Sanitaria Local (ASL) territorialmente competente que recibe la presente declaración. Los datos del responsable del tratamiento y del DPO se indican en el aviso de privacidad específico publicado en el sitio institucional de la entidad competente.

L'informativa per il trattamento dei dati personali sarà fornita dalle regioni/dipartimenti prevenzione. / El aviso relativo al tratamiento de datos personales será proporcionado por las regiones/departamentos de prevención.

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.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (art. 13 Regl. UE 679/2016 – RGPD) La siguiente información se aplica en función de la autoridad que recoge la presente declaración.

CASO B – Declaración recogida por el Departamento de Prevención / Región competente

El responsable del tratamiento es la Región o la Autoridad Sanitaria Local (ASL) territorialmente competente que recibe la presente declaración. Los datos del responsable del tratamiento y del DPO se indican en el aviso de privacidad específico publicado en el sitio institucional de la entidad competente.