

AUTO DECLARACIÓN QUE JUSTIFICA EL DESPLAZAMIENTO
EN CASO DE ENTRADA EN ITALIA DESDE EL EXTRANJERO
(para ser entregado al transportista si se utiliza el transporte público)

El/la abajo firmante _____, nacido/a el ____/____/____ a
_____ (____), residente en _____ (____), via
_____, consciente de las consecuencias penales previstas en
caso de declaraciones falsas y la formación o uso de documentos falsos, así como las sanciones previstas en el
artículo 4 del decreto ley de 25 de marzo de 2020, no. 19

DECLARA BAJO LA PROPIA RESPONSABILIDAD

1) conocer las medidas para contener el contagio de Covid-19 vigente en Italia y, en particular, de las
disposiciones contenidas en el decreto del Presidente del Consejo de Ministros de 17 de mayo de 2020;

2) **de no estar sometido a la medida de cuarentena y no haber dado positivo por Covid-19;**

3) volver a Italia desde el siguiente **lugar extranjero** _____, por el
siguiente medio de transporte (en el caso de un vehículo privado, indique el tipo de vehículo y placa; en el
caso del transporte público, detalles del vuelo / ferrocarril o ruta de carretera / marítima):

4) que el desplazamiento está determinado por **razones de salud, trabajo o urgencia absoluta (indique de
manera específica, concreta y verificable las razones del traslado y su urgencia y necesidad):**

5) El/la abajo firmante se encuentra en una de las siguientes condiciones (indique una opción):

A) tripulación de transporte;

B) personal de viaje;

C) ciudadanos y residentes de la Unión Europea, los Estados partes del Acuerdo de Schengen,
Andorra, Mónaco, la República de San Marino, el Estado de la Ciudad del Vaticano y el Reino Unido
de Gran Bretaña e Irlanda del Norte que entran a Italia por razones comprobadas de trabajo;

D) personal médico que ingresa a Italia para ejercer las cualificaciones profesionales de salud, incluido
el ejercicio temporal mencionado en el art. 13 del decreto ley 17 de marzo de 2020, n. 18;

E) trabajadores transfronterizos que entran y salen del territorio nacional por razones comprobadas de
trabajo y por el consiguiente retorno a su residencia, hogar o vivienda;

F) personal de empresas con oficinas principal o secundarias en Italia para viajar al extranjero por
necesidades de trabajo comprobadas que no duren más de 72 horas, a menos que se justifique la
extensión de 48 horas adicionales para necesidades específicas;

G) desplazamientos hacia y desde la República de San Marino o el Estado de la Ciudad del Vaticano;

H) funcionarios y agentes, independientemente de su nombre, de la Unión Europea o de organizaciones internacionales, agentes diplomáticos, personal administrativo y técnico de misiones diplomáticas, funcionarios y empleados consulares;

I) alumnos y estudiantes que asisten a un curso de estudio en un Estado diferente al que viven y regresan a casa al menos una vez por semana;

J) permanecer en Italia por trabajo, salud o urgencia absoluta con una duración máxima de 72 horas (a menos que se justifique la extensión de 48 horas adicionales para necesidades específicas);

K) tránsito en el territorio nacional para regresar a su país de residencia, hogar o vivienda (duración máxima de la estadía en Italia: 24 horas, prorrogable por otras 12 horas para necesidades específicas y comprobadas);

L) ninguno de los casos anteriores.

Se è stata indicata la lettera L), compilare anche le voci seguenti:

6) que llevará a cabo el período de 14 días de **vigilancia de la salud y aislamiento fiduciario en el hogar / vivienda ubicada en la siguiente dirección:**

Plaza/vía _____ número cívico. _____

apartamento n. _____

Ayuntamiento _____ (____)

Código Postal _____

cerca: _____

7) que, una vez que llegue a Italia, me dirigiré directamente y en el menor tiempo posible a la dirección indicada en el punto anterior por los siguientes **medios privados o propios:**

8) que los **números de contacto** para recibir comunicaciones durante todo el período de vigilancia de la salud y aislamiento fiduciario son los siguientes: fijo: _____ móvil: _____

Lugar, fecha y hora de esta declaración: _____

Firma del declarante

para el Transportista