

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Dipartimento Di Prevenzione
UNITA' OPERATIVA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
Direttore Dr. Claudio De Santis

REGIONE CALABRIA

Alla Direzione Strategica
Al Direttore Dipartimento Di Prevenzione
Al Responsabile URP
ASP CZ
LORO SEDI

EBOLA - AUTOSEGNALAZIONE DEI SOGGETTI IN ARRIVO DALLA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO E DALL'UGANDA

In attuazione dell'Ordinanza del Ministro della salute "Procedure operative e misure di sorveglianza sanitaria relative alla Malattia da Virus Ebola (MVE)" del 29 maggio 2026, in considerazione del focolaio in corso causato dal virus Bundibugyo (BVD), i soggetti che provengono dalla Repubblica Democratica del Congo e dall'Uganda, con qualunque mezzo di trasporto, fanno ingresso nel territorio nazionale, sono tenuti a effettuare, immediatamente e comunque non oltre 24 ore dall'ingresso, un'apposita dichiarazione firmata sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000 al Dipartimento di prevenzione, Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica, dell'ASP di residenza o domicilio.

Tale dichiarazione deve essere trasmessa, anche in assenza di sintomi, utilizzando il modulo allegato alla presente.

INDICAZIONI PER CHI RIENTRA DA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO E UGANDA

Queste misure si applicano a tutte le persone che:

- Provengono direttamente o indirettamente dalla Repubblica Democratica del Congo o dall'Uganda; oppure sono state in questi Paesi nei 21giorni precedenti l'ingresso in Italia.

COSA BISOGNA FARE

- Comunicare il proprio ingresso in Italia al Dipartimento di Prevenzione (Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica) dell'ASP competente per il luogo di residenza o domicilio;
- Dare comunicazione il prima possibile e comunque entro 24 ore dall'arrivo.
- Compilare il modulo allegato inviandolo alla pec istituzionale dedicata: uoispcz@pec.asp.cz.it

La comunicazione deve essere effettuata tramite la succitata dichiarazione firmata (secondo il modello previsto), sotto la propria responsabilità.

Per successivi contatti l'U.O.I.S.P. valuterà il rischio e fornirà le indicazioni per la successiva sorveglianza.

In caso di sintomi (sia prima sia dopo valutazione da parte dell' U.O.I.S.P.):

Se un viaggiatore sviluppa sintomi entro 21 giorni dall' uscita da un Paese o area interessata, deve:

- Autoisolarsi immediatamente;
- Evitare contatti con conviventi e terzi;
- Non recarsi autonomamente presso strutture sanitarie;
- Contattare immediatamente l'Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica al numero telefonico: 09617033513, o tramite la pec: uoispcz@pec.asp.cz.it, oppure il numero unico di emergenza 112/118 o altro recapito indicato dall'autorità sanitaria, riferire viaggio, data di rientro, aree visitate ed esposizioni.



IL DIRETTORE U.O.I.S.P.
Dr. Claudio De Santis



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: _____

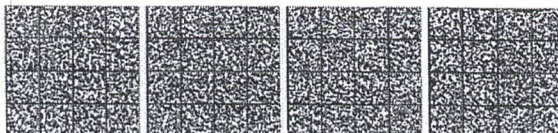
Genere / Gender: _____

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.

