



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 3 – Coordinamento USMAF – SASN

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ai sensi delle Ordinanze del Ministero della Salute 6 maggio 2021, recanti "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Informazioni del richiedente (compilare tutti i campi).

Nome e Cognome:

Paese di origine del volo:

Cittadinanza:

Iscrizione AIRE (si/no):

Residenza Anagrafica *:

*Se in possesso della Residenza Anagrafica in Italia in data anteriore al 28 Aprile 2021, allegare un documento comprovante tale dichiarazione. Le autodichiarazioni non sono considerate valide ai fini della suddetta richiesta.

Richiesta di autorizzazione *(indicare l'opzione appropriata)*

Si chiede l'ingresso in Italia da (barrare la scelta corretta):

- ☐ India
- ☐ Bangladesh
- ☐ Sri-Lanka

Con autorizzazione da parte del Ministero per:

- ☐ Motivi Umanitari
- ☐ Motivi Sanitari
- ☐ nelle condizioni di cui all'articolo 51 comma 7 lettera n)

N.B. Allegare alla presente la documentazione comprovante il motivo di entrata segnato. In assenza della documentazione richiesta l'autorizzazione non verrà emessa.

Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 1 comma 3 dell'ordinanza 29 Aprile 2021 e del 6 Maggio 2021.

Documentazione da allegare.

Allegare i seguenti documenti, rigorosamente in un unicodocumento in formato PDF:

- itinerario di viaggio (copia del biglietto aereo o eventuale altro mezzo di trasporto utilizzato);
- documenti di identità in corso di validità (esclusivamente carta d'identità o passaporto);
- documenti comprovanti la motivazione per cui si richiede l'autorizzazione.

Informazioni sul viaggio

- Data e ora di Arrivo in Italia _____
- Data e ora di Partenza dall'Italia _____
- Luogo di ingresso (città, passo di confine)

- Specificare il mezzo di trasporto (Numero del Volo/Treno/Nave/Numero di Targa e modello della macchina) e i luoghi di origine e arrivo del viaggio:

Data , Luogo e Firma

Autorizzo il Ministero della Salute al trattamento dei dati personali sopra riportati per le finalità funzionali alla vostra attività. Dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi del **D.Lgs.30/06/2003 n.196.** 

AUTORIZZAZIONE

Con riferimento alla richiesta pervenuta ed esaminata la documentazione, il **Ministero della Salute invierà L'AUTORIZZAZIONE all'indirizzo indicato.**

E' necessario portare con sé l'autorizzazione ricevuta in quanto potrebbe essere richiesto dagli agenti preposti al controllo la visione di quest'ultima.