



**Regione Campania**  
**Azienda Sanitaria Locale Caserta**

via Unità Italiana 28

81100 Caserta (CE)

*Direttore Generale Dr. Ferdinando Russo*

Si informa che con Ordinanza Regionale n. 68 del 12 agosto 2020 i cittadini residenti nella Regione Campania che – fino al 31 agosto 2020 – facciano rientro da vacanze all'estero, con tratte dirette o attraverso scali o soste intermedie nel territorio nazionale, **hanno l'obbligo di segnalarsi al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL entro 24 ore dal rientro** inviando il sottostante modello compilato a:

[iotornoacasa@aslcaserta.it](mailto:iotornoacasa@aslcaserta.it)

oppure telefonando al numero 0823/350959 (dalle ore 08,30 alle ore 15,30). al fine di sottoporsi al test sierologico e/o tampone e per il monitoraggio della relativa situazione epidemiologica.

Si rammenta che **è fatto altresì obbligo di osservare l'isolamento domiciliare fiduciario per 14 giorni dal rientro**, nelle more dell'esito delle indagini di laboratorio effettuate dalla competente ASL. Il regime di isolamento domiciliare fiduciario viene meno all'atto dell'eventuale esito negativo degli esami, fatta salva ogni ulteriore competente determinazione della ASL.

Si allega scheda Valutazione Triage Viaggiatori che opportunamente compilata potrà essere inviata alla mail sopra indicata.



Il sottoscritto

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ dichiara che il giorno  
\_\_\_\_\_ è rientrato in Regione Campania, proveniente da  
\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data

**Inviare il modello compilato a: [iotornoacasa@aslcaserta.it](mailto:iotornoacasa@aslcaserta.it)**

### SCHEDA VALUTAZIONE TRIAGE VIAGGIATORI

Compilare la scheda ed inviarla mediante email agli indirizzo individuato per la propria ASL di appartenenza

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Aereo/Treno \_\_\_\_\_

Posto \_\_\_\_\_

STEP 1: quanti giorni è stato all'estero in uno dei paesi considerati a rischio??

- A. 3-10 giorni
- B. 10-15 giorni
- C. Più di 15 giorni

  
  

STEP 2: Ha avuto uno dei seguenti sintomi durante il viaggio?

- |                               |    |                                    |
|-------------------------------|----|------------------------------------|
| D. Febbre                     | SI | NO                                 |
| E. Tosse                      | SI | NO                                 |
| F. Dispnea                    | SI | NO                                 |
| G. Disturbi gastrointestinali | SI | NO (5-6 o più scariche diarroiche) |
| H. Nessuno                    | SI | NO                                 |

STEP 3 Ritieni di aver avuto contatti a rischio (non utilizzando DPI o utilizzandoli non costantemente) durante la vacanza nella prima metà o nella seconda metà

- I. Sì, nella prima metà della vacanza
- L. Sì, nella seconda metà della vacanza