



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Protezione dalla diffusione del COVID-Schutz gegen die Verbreitung von COVID-19

Modulo di Registrazione/ REGISTRIERUNGSFORMULAR

(Beachten Sie bitte: dies ist kein offizielles Formular, unsere Übersetzung soll Ihnen nur bei der Ausfüllung des Originalformulares helfen)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.rader Unterzeichnende, Herr/Frau

Nato/a a geboren in il /am

Residente in (via/piazza) ...wohnhaft in n. Città.../Stadt..... Nazione /Land.....

Documento di riconoscimento: /Ausweisdokument Carta d'identità num. Personalausweis /Nr... o Passaporto/ oder Pass/Nr

Telefono mobile./Mobiltelefonnummer.....

*completare la compilazione del modulo indicando il proprio stato di salute con apposizione di segno di spunta su SI o NO
Angaben zum Gesundheitszustand ausfüllen mit einem Häkchen bei JA /SI oder NEIN/NO:*

DATI ANAMNESTICI /Anamnesedaten

Ha avuto negli ultimi 21 giorni uno o più di questi sintomi? Hatten Sie in den letzten 21 Tagen eines o mehrere der folgenden Symptome?					
1.	Febbre /Fieber>37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.	Tosse/Husten	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
3.	Stanchezza/Müdigkeit	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
4.	Mal di gola/Halsschmerzen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
5.	Mal di testa/Kopfschmerzen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
6.	Dolori muscolari e/o articolari/Muskel/Gliederschmerzen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
7.	Congestione nasale/verstopfte Nase	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
8.	Nausea/Übelheit	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
9.	Vomito/Erbrechen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
10.	Perdita di olfatto o gusto/Geruchs/Geschmackverlust	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
11.	Congiuntivite/Bindhautentzündung	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
12.	Diarrea/Durchfall	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

DATI EPIDEMIOLOGICI/EPIDEMIOLOGISCHE DATEN

*da comunicare per quanto di propria conoscenza/sind nach bestem Wissen und Gewissen mitzuteilen
Hatten Sie...*

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19/Kontakt mit bestätigten Covid-19 Fällen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI DI COVID-19/Kontakt mit bestätigten Covid-19 Verdachtsfällen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTI C FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID-19/Kontakt m Angehörigen v Covid- Verdachtsfällen	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI/Mitbewohner m FIEBER od GRIPPESYMPTOMEN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTI C FEBBRE O SINT. INFLUENZALI/KONTAKTPERSONEN M FIEBER O GRIPPESYMPTOMEN	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?/Sind Sie in den letzten 40 -Tagen gereist?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Se si, dove/Wenn ja, wohin?:

- ITALIA/ITALIEN Indicare la Regione:/Region angeben:
- ESTERO/Ausland Indicare la Nazione:/Land angeben:.....

La compilazione del modulo prosegue a pagina successiva e/o sul retro/Füllen Sie bitte die Folgeseite/Rückseite aus



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Arrivo Sardegna/Ankunft Sardinien	Data/Datum	
Proveniente da/Anreise von:	Città: /Stadt	Nazione:/Land (Staat)
Mezzo trasporto:/Transportmittel	<input type="checkbox"/> AERO/Flugzeug	N. Volo:/Flugnummer:
	<input type="checkbox"/> NAVE/Schiff (Fähre)	Nome Motonave:/Name d. Schiffs/Fähre
Sono diretto a:/Reiseziel:	Località:/Örtlichkeit:	
Soggiornero in:/ich werde mich aufhalten in:	<input type="checkbox"/> Albergo/Hotel, BNB	Nome:/Name:
	<input type="checkbox"/> Casa privata/Privathaus	Città:/Stadt/Ort via e numero civico/Straße und PLZ
	<input type="checkbox"/> Altra struttura/andere Einrichtung	Nome:/Name:
previsto uno spostamento:/geplanter Ortswechsel	Data:/Datum	Nuova località:/neue Örtlichkeit
Ripartenza dalla Sardegna:/Rückreise v Sardinien	Data/Datum	<input type="checkbox"/> AERO/Flugzeug <input type="checkbox"/> NAVE/Schiff (Fähre)
Diretto a:/Rückreiseziel:	Città : /Stadt	Nazione:/Land (Staat)

Completare la compilazione del modulo confermando con apposizione di segno di spunta per le attestazioni seguenti/
 Füllen Sie das Formular aus, indem Sie bei den folgenden Punkten jeweils mit einem Häkchen bestätigen:

- il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici e quelli relativi allo spostamento e al soggiorno in Sardegna corrispondono al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione; *Ich, der Unterzeichner, wie oben identifiziert, erkläre unter meiner eigenen Verantwortung, dass die persönlichen Daten und diejenigen über Bewegung und Aufenthalt auf Sardinien der Wahrheit entsprechen. Ich bin mir der zivilrechtlichen Folgen und Strafen für falsche Angaben bewußt.*
- il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli descritti nella presente scheda: *der/die Unterzeichnende verpflichtet sich, die zuständigen Gesundheitsbehörden unverzüglich über das Auftreten der oben beschriebenen Symptome zu informieren. Das gilt auch für Minderjährige und Schutzbefohlene unter meiner Verantwortung.*
 - Numero verde Protezione civile:/Gebührenfreie Nr des Katastrophenschutzes: 800 894 530
 - Numero verde Sanità: Gebührenfreie Nummer Gesundheitswesen/amt: 800 311 377
- il/la sottoscritto/a acconsente ad essere sottoposto a test diagnostico virologico per COVID-19 in caso di comparsa di manifestazioni cliniche compatibili con una infezione in atto; *Ich, der Unterzeichnende, erkläre mich damit einverstanden, mich einem virologischen Diagnosetest auf COVID-19 zu unterziehen im Falle von klinischen Anzeichen einer akuten Infektion.*
- il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali anche attraverso applicazione informatica, tenendo presente che i suoi dati personali verranno inseriti in un apposito database regionale, conservati per 14 giorni e utilizzati per le azioni di monitoraggio dei soggetti interessati come previsto dall'art. 5 dell'ordinanza n. 27 del 2 giugno 2020; *Beachten Sie, dass Ihre persönlichen Daten in eine regionale Datenbank aufgenommen werden, die für 14 Tage für die Überwachungstätigkeit der Betroffenen gemäss Artikel 5 der Verordnung Nr. 27 verwendet vom 2. Juni 2020 gespeichert werden.*
- il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale, nonché quelle prescritte dalla struttura ricettiva nella quale si recherà. *Ich, der/die Unterzeichnete, verpflichte mich, alle vorbeugenden Maßnahmen (Verwendung von Masken und physischer Abstandsregeln, die auf nationaler und regionaler Ebene vorgeschrieben sind, sowie diejenigen, die von der Touristenunterkunft, in der sie sich befindetn, vorgeschrieben werden.*

Data, Datum.....

FIRMA/ Unterschrift

.....