

*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria* ***Ufficio Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera* ITALIAN MINISTRY OF HEALTH**

**HEALTH PORT AUTHORITY MINISTÈRE ITALIEN DE LA SANTÉ AUTORITÉ PORTUAIRE SANITAIRE**

**DICHIARAZIONE MARITTIMA DI SANITÀ PER IL DIPORTO**

Da completare e trasmettere all’autorità sanitaria marittima da parte dei comandanti delle barche da diporto sotto i 24 metri di lunghezza

### Maritime Declaration of Health

*To be completed and submitted to the competent health port authority by the masters of pleasure ships <24 meters of lenght*

### Declaration Maritime de Santé

*À remplir et à transmettre à l'autorité sanitaire maritime par les capitaines de bateaux de plaisance de moins de 24 mètres*

NOME DELLA NAVE /*SHIP’S NAME/ NOM DU NAVIRE* BANDIERA /*FLAG/PAVILLON* IMO MMSI CALL SIGN

PARTITA DA /*SAILED FROM/ DEPART DE* ( ) DATA/*DATE*

SCALI INTERMEDI / *INTERMEDIATE PORTS/ PORTS INTERMÉDIAIRES*

( ) ( ) PREVISTA ARRIVARE NEL PORTO DI/ *ARRIVING IN THE PORT OF /* EN ARRIVANT DANS LE PORT DE

IN DATA (TEMPO DI ARRIVO PREVISTO)/ *IN DATE (ETA)/ EN DATE (ETA)*

PREVISTA RIPARTIRE PER /*EXPECTED DEPARTURE TO/ DÉPART PRÉVU VERS*

DATA/*DATE*

IL SOTTOSCRITTO / *THE UNDERSIGNED/ LE SOUSSIGNÉ*

NOME E COGNOME DEL COMANDANTE */ MASTER’S NAME AND SURNAME/ NOM ET PRÉNOM DU CAPITAINE*

MAIL CELL / *MOBILE/* MOBILE

NUMERO EQUIPAGGIO/*NUMBER OF CREW MEMBERS/ LE NOMBRE DE MEMBRES DE L'ÉQUIPAGE*

NUMERO PASSEGGERI /NUMBER OF PASSENGERS/ NOMBRE DE PASSAGERS COME DA ALLEGATO 1/ *SEE ANNEX 1/ CONFORMÉMENT À L'ANNEXE 1*

DICHIARO QUANTO SEGUE / *I DECLARE THAT/ JE DÉCLARE QUE*:

## I PASSEGGERI E I MEMBRI DELL’EQUIPAGGIO AL MOMENTO GODONO DI BUONA SALUTE (NON FEBBRE, NON TOSSE, NON DIFFICOLTA’ RESPIRATORIE) E NESSUNO DI LORO HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON PERSONE RISULTATE POSITIVE PER INFEZIONE DA COVID-19 O CON PERSONE AFFETTE DA ALTRA MALATTIA INFETTIVA E NESSUNO HA MANIFESTATO SINTOMI DI POSSIBILE MALATTIA INFETTIVA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

PASSENGERS AND CREW MEMBERS CURRENTLY ARE IN GOOD HEALTH (NO FEVER, NO COUGH, NO DIFFICULTY OF BREATHING) AND NONE OF THEM HAVE HAD CLOSE CONTACTS IN LAST 14 DAYS WITH PEOPLE RESULTING POSITIVE DUE TO COVID-19 INFECTION OR OTHER INFECTIOUS DISEASE AND NONE OF THEM HAS SHOWN SYMPTOMS OF POSSIBLE INFECTIOUS DISEASE IN THE LAST 14 DAYS

LES PASSAGERS ET LES MEMBRES D'ÉQUIPAGE SONT ACTUELLEMENT EN BONNE SANTÉ (SANS FIEVRE, SANS TOUX, SANS MAL A RESPIRER) ET AUCUN D'ENTRE EUX N'A EU DE CONTACT ÉTROIT AVEC DES PERSONNES TESTÉES POSITIVES POUR UNE INFECTION À LA COVID-19 OU AVEC DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE AUTRE MALADIE INFECTIEUSE ET AUCUN D'ENTRE EUX N'A PRÉSENTÉ DE SYMPTÔMES D'UNE ÉVENTUELLE MALADIE INFECTIEUSE AU COURS DES 14 DERNIERS JOURS

# SI/YES/ OUI NO/NO/NON

## A BORDO SONO ADOTTATE PROCEDURE STRAORDINARIE DI IGIENE E SANIFICAZIONE ONDE PREVENIRE LA DIFFUSIONE DI POSSIBILI INFEZIONI E, NEI LIMITI DEL POSSIBILE, PROCEDURE DI DISTANZIAMENTO SOCIALE

EXTRAORDINARY HYGIENE AND SANITIZATION PROCEDURES ARE ADOPTED ON BOARD TO PREVENT THE DISSEMINATION OF POSSIBLE INFECTIONS AND, WHERE POSSIBLE, SOCIAL SPACING PROCEDURES

DES PROCÉDURES EXTRAORDINAIRES D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT SONT ADOPTÉES À BORD AFIN DE PRÉVENIR LA PROPAGATION D'ÉVENTUELLES INFECTIONS ET, DANS LA MESURE DU POSSIBLE, DES PROCÉDURES DE DISTANCIATION SOCIALE SONT ADOPTÉES

# SI/YES/ OUI NO/NO/NO

Data/ *Date*

Firma del Comandante / *Master Signature/ Signature du Capitaine*

USMAF / Health Office USMAF SASN Campania Sardegna Unità Territoriale di Cagliari

TELEFONO CELLULARE/MOBILE:

dott.ssa Giuseppina Carboni 3357262829; dott.ssa Gabriella Mastromarino 3357261735

TRASMETTERE LA PRESENTE DOCUMENTAZIONE A TUTTI I SEGUENTI INDIRIZZI MAIL:

[g.carboni@sanita.it](mailto:g.carboni@sanita.it); [g.mastromarino@sanita.it](mailto:g.mastromarino@sanita.it); [a.cocco@sanita.it](mailto:a.cocco@sanita.it); [v.mei@sanita.it](mailto:v.mei@sanita.it); [m.seguro@sanita.it](mailto:m.seguro@sanita.it)

## LISTA DELLE PERSONE PRESENTI A BORDO DELLA NAVE / IMBARCAZIONE DA DIPORTO DENOMINATA

### PEOPLE ON BOARD/SHIP’S NAME PERSONNES À BORD/NOM DU NAVIRE

DATA/DATE IN PORTO A /*IN PORT AT/ AU PORT A*

NAVIGAZIONE DA /*SAILING FROM/* NAVIGATION DE A /*TO/VERS*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPAGGIO- PASSEGGERI**  **CREW- PASSENGERS**  ***ÉQUIPAGE- PASSAGERS*** | **COGNOME**  ***SURNAM*E**  ***PRÉNOM*** | **NOME**  ***NAME***  ***NOM*** | **NAZIONALITA’**  ***COUNTRY***  ***NATIONALITÉ*** | **TEMPERATURA**  ***TEMPERATURE***  ***TEMPÉRATURE*** | **A BORDO DAL**  ***ON BOARD SINCE***  ***À BORD DEPUIS*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

#### IL PRESENTE DOCUMENTO DEVE ESSERE CONSERVATO A BORDO ED ESIBITO A RICHIESTA DELLA AUTORITA’ SANITARIA E DELLE ALTRE AUTORITA’

THIS DOCUMENT MUST BE KEPT ON BOARD AND SHOWN ON REQUEST BY THE HEALTH AUTHORITY AND OTHER AUTHORITIES

CE DOCUMENT DOIT ÊTRE CONSERVÉ À BORD ET PRÉSENTÉ À LA DEMANDE DE L'AUTORITÉ SANITAIRE ET DES AUTRES AUTORITÉS

DICHIARAZIONE RELATIVA AI **14 GIORNI ANTECEDENTI** **L’ARRIVO** DA COMPILARSI PER OGNI SINGOLO MEMBRO DELL’EQUIPAGGIO E PASSAGGERO

DECLARATION RELATING TO THE **14 DAYS BEFORE ARRIVAL** TO BE FILLED IN FOR EVERY SINGLE CREW MEMBER AND PASSENGER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GIORNI**  **DAYS** | **DATA**  **DATE** | **NOMINATIVO**  **NAME** | **NAZIONE DI SOGGIORNO/TRANSITO**  COUNTRY OF STAY / TRANSIT |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE:

* Prova di assolvimento dell’obbligo di compilazione dello specifico modulo di localizzazione digitale [Passenger Locator Form](http://app.euplf.eu/#/) (sito internet https://app.euplf.eu) prima dell’ingresso in Italia.

(obbligo previsto dalla legge la cui violazione è sanzionabile ai sensi dell’art. 4 comma 1 del D.L. 19/2020)

* **Certificazione verde** **COVID-19** da cui risulti:
  + che si è completato il ciclo vaccinale prescritto anti-SARS-CoV-2 da almeno 14 giorni, oppure
  + che si è guariti da COVID-19 (la validità del certificato di guarigione è pari a 180 giorni dalla data del primo tampone positivo), oppure
  + che ci si sia sottoposti a **tampone molecolare o antigenico**effettuato nelle **48 ore** prima dell’ingresso in Italia con esito negativo. I minori al di sotto dei 6 anni sono esentati dall’effettuare il tampone pre-partenza.

DOCUMENTS TO ATTACH TO THIS DECLARATION:

* Proof of fulfillment of the obligation to complete the specific Passenger Locator Form (website https://app.euplf.eu) before entering Italy.

(obligation under the law whose violation is punishable pursuant to art. 4 paragraph 1 of the D.L. 19/2020)

* **COVID-19 Green Certificate**  showing:
  + that you have completed the prescribed anti-SARS-CoV-2 vaccination cycle at least 14 days ago or
  + that you have recovered from COVID-19 (the certificate of recovery is valid for 180 days from the date of the first positive swab) or
  + that you have taken a negative **molecular or antigen swab test** in the **48 hours** prior to entering Italy. **Children under 6 years of age are exempt from the pre-departure swab test.**