## Allegato 9 – Comunicazione INIZIO/FINE quarantena

 *(ai sensi dell’Articolo 1, comma 7 del D.L. 33/2020 convertito dalla Legge n. 74/2020)*

Si informa che sulla base dell’Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00065 del 5/11/2020

BUR Lazio n. 134, NOME COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **è stato/a posto/a in quarantena** in qualità di contatto stretto asintomatico, a partire dal giorno gg/mm/aaaa e a terminare presumibilmente, il giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Sulla base delle disposizioni vigenti (Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020), può interrompere la quarantena e rientrare in comunità, in quanto:  NOME COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha eseguito un tampone nasofaringeo in data gg/mm/aaaa risultato negativo, dopo 10 giorni dall’ultimo contatto con il CASO.  NOME COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non ha eseguito un tampone nasofaringeo e ha osservato i 14 giorni di quarantena dall’ultimo contatto con il CASO e riferisce / o il genitore riferisce se minore, che non sono comparsi sintomi durante il periodo di quarantena. *(sezione da compilare alla fine del periodo di quarantena)*  |

Luogo e data  Il MMG/PLS (firma e timbro)

\_\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_