

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA

COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO	TELEFONO	COGNOME E NOME MEDICO CURANTE

DATA ACCETTAZIONE SEGNALAZIONE	MEDICO ACCETTANTE	DATA INIZIO QUARANTENA	NUMERO CONVIVENTI

SOGGIORNO IN LOCALITA' A RISCHIO (INDICARE IL PAESE)	SI	NO	DATA DELLA PARTENZA A RISCHIO

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI	SI	NO
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI AD ALTO RISCHIO	SI	NO
CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESI A RISCHIO	SI	NO
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI	NO

DECRETA:
DPCM 8 MARZO
ART. 1

(Misure urgenti di contenimento del contagio nella regione Lombardia e nelle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia)