

## AUTODICHIARAZIONE

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, domiciliato in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle  
conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art 495 c.p.**)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 (*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*);
- che lo spostamento è iniziato da \_\_\_\_\_  
(*indicare l'indirizzo da cui è iniziato*) con destinazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;
- di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del
- Presidente della Regione \_\_\_\_\_ (*indicare la Regione di partenza*) e del
- Presidente della Regione \_\_\_\_\_ (*indicare la Regione di arrivo*) e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*indicare quale*);
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19;
- che lo spostamento è determinato da:
  - Comprovate esigenze lavorative;
  - assoluta urgenza ("per trasferimenti in comune diverso", come previsto dall'art. 1, comma 1, lettera b) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 marzo 2020);
  - situazione di necessità (per spostamenti all'interno dello stesso comune o che rivestono carattere di quotidianità o che, comunque, siano effettuati abitualmente in ragione della brevità delle distanze da percorrere)
  - motivi di salute.

A questo riguardo, dichiara che: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(*lavoro presso ..., devo effettuare una visita medica, urgente assistenza a congiunti o a persone con disabilità, o esecuzioni di interventi assistenziali in favore di persone in grave stato di necessità, obblighi di affidamento di minori, denunce di reati, rientro dall'estero, altri motivi particolari, etc....*)

Data, ora e luogo del controllo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_