

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____,
nato il _____.____._____ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____,
e 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 (all'interno o all'esterno della regione);**
 - **assoluta urgenza ("per trasferimenti in regione diversa", come previsto dall'art. 1, comma 1, lettera a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020);**
 - **situazione di necessità (per spostamenti nella stessa regione (articolo 1, comma 1 (lettera a) del d.P.C.M. 26/04/2020);**
 - **motivi di salute (all'interno o all'esterno della regione).**

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