

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente in _____ ()
via _____ n. ____ e domiciliato/a in _____ ()
via _____ n. ____ identificato/a a mezzo (*documento di riconoscimento*)
_____ rilasciato da _____ in data _____ e scadente il
_____ utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali previste
in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**Art. 495 c.p.**)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- **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 e 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 tipologia di giustificazione può essere invocata legittimamente*);
- **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;**
 - **situazione di necessità;**
 - **motivi di salute.**

A questo riguardo, dichiara che:

(*Es: lavoro presso ...; sto acquistando beni di prima necessità; per conto della mia azienda mi sto recando presso il seguente cliente ..., sto rientrando al mio domicilio, rientro da Paese straniero, devo effettuare una visita medica, devo assistere un parente..., vado a trovare un congiunto, ecc.*).

Data, ora e luogo del controllo _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia

NB: Si ricorda di portare un documento di riconoscimento in corso di validità.