



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 risultato positivo al COVID-19 e/o di non essere sottoposto alla misura della quarantena di cui all'art. 1, comma 1, lettera c) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 aprile 2020 (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 a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 aprile 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