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 delle 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