

**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*) in quanto non ha fino ad oggi dovuto sottoporsi a tampone
  - **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