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

Il sottoscritto *Alden Love Dudley*, nato il *2013* . *07* . *01*

a *Voluptatibus iste co* (*Et dolor eiusmod dol*),

residente in *Pariatur Laboris no* (Molestias eu id iur),

e domiciliato in *Nihil sed facere cup* (*Quod deleniti accusa)* ,

identificato a mezzo *Nostrud eveniet sed*

nr. *Eligendi voluptas no* rilasciato da *Minus perspiciatis*

in data *1991* .*06* . *21* , utenza telefonica *Ea blanditiis do min* , 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** *Dolores nobis porro*

(*indicare l'indirizzo da cui è iniziato*) **con destinazione** *Blanditiis et dicta*

* **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** *Accusamus aut sed co* **e del**

**Presidente della Regione** *Excepturi dolorem te* **e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti***Totam ipsam et fugia*;

* **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19**;
* **che lo spostamento è determinato da:**

Assoluta urgenza (per trasferimenti in comune diverso).

**A questo riguardo, dichiara che** *Sequi ex amet qui a*

***(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